



Salud



Mesa de Trabajo UPC

Sesión 03

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Bogotá D.C., 21 de agosto de 2025



Orden del día

1. Verificación de Quorum

2. Presentaciones Magistrales

Calidad de la información

- ADRES
- ACEMI
- ASOCAJAS
- SALUD TOTAL EPS
- MSPS

Receso – Refrigerio

Frecuencia de uso y Severidad

- ADRES
- ANAS WAYUU
- CEXPES

Almuerzo Libre

- ACEMI
- MSPS

3. Debate

1. Verificación de Quorum



Verificación de Quorum

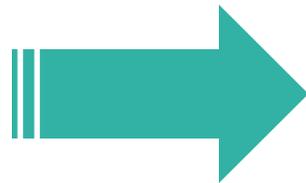
*Novedades en el quorum:

Desistimiento de cuatro (4) entidades:

- Asociación Colombiana Facultad de Enfermería
- Asociación Colombiana Facultad de Fonoaudiología
- Asociación Colombiana Facultad de Odontología
- Asociación Colombiana Facultad de Salud

Se vincula una (1) entidad:

- Defensoría del Pueblo – Rol Ente de Control



***Participante inscrito:** Delegado Principal o Suplente de una entidad o sector.

Quorum para Sesionar

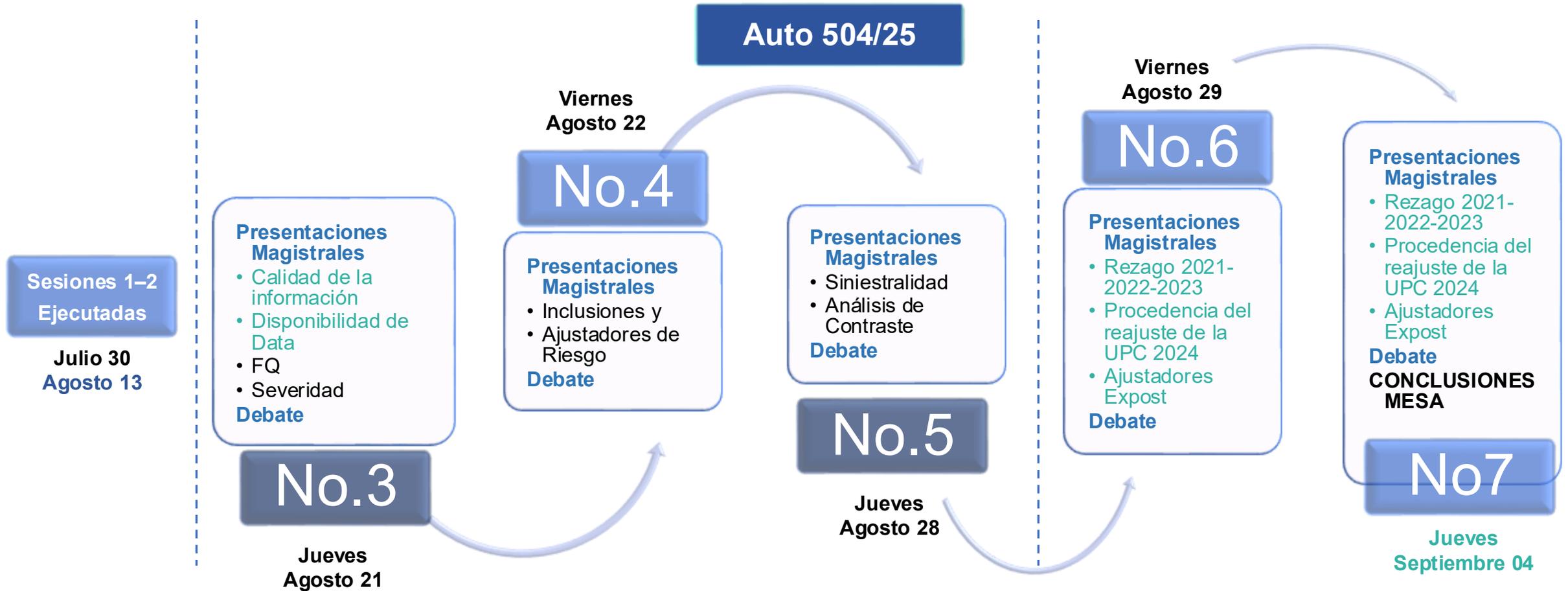
✓ Mayoría = Mitad + 1
Entidades o sectores inscritos
Mayor o igual a 69

Quorum Deliberatorio

Entidades o sectores inscritos 129 (Sin incluir (EC – Invitado))
Mayor o igual a 66

Cronograma de Trabajo

Dos (2) Sesiones por semana: jueves y viernes



2. Presentaciones Magistrales

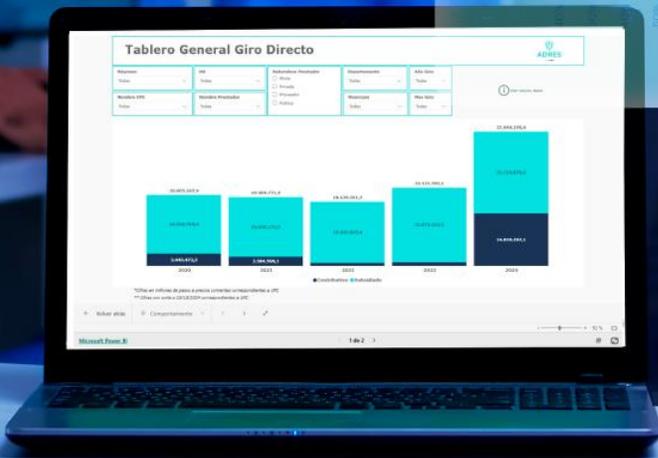


Elementos teóricos y análisis de la calidad y consistencia de la información en la base de suficiencia de la UPC

ADRES

Mesas UPC AUTO 504 de 2025

ADRES, Innovación y analítica



21 de agosto de 2025



Elementos teóricos y análisis de la Calidad y Consistencia de la información en la Base de Suficiencia de la UPC

Tema: Calidad del dato

- **«Sin datos, no eres más que otra persona con una opinión.»**
- **«En Dios confiamos; los demás deben traer datos.»**
- –W. Edwards Deming

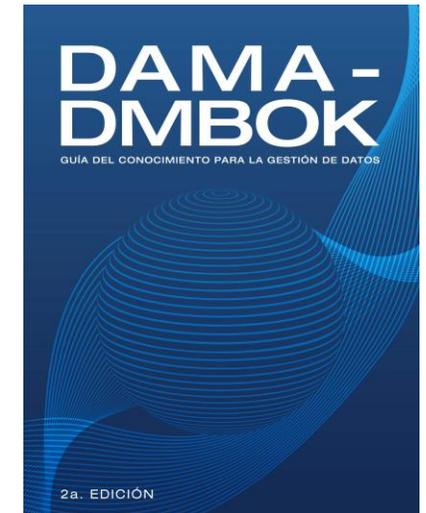
Calidad del dato

Cuando los datos fallan, las decisiones también

Tema	Idea principal	Referencia
Principio general	No existe modelo ni imputación capaz de corregir datos de mala calidad: “garbage in, garbage out”.	Lakshmanan R, et al. <i>The impact of poor data quality on public health surveillance</i> . Lancet Infect Dis . 2020;20(8):e244–e250. doi:10.1016/S1473-3099(20)30280-6.
Imputación y datos faltantes	La imputación múltiple depende de supuestos (MAR - missing at random). Si los datos faltan por razones no observadas, la imputación seguirá sesgada.	Sterne JAC, et al. <i>Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls</i> . BMJ . 2009;338:b2393. doi:10.1136/bmj.b2393.
Errores de medición	Los errores de medición sistemáticos no se corrigen con análisis estadístico; la pérdida de información es irre recuperable.	Carroll RJ, Ruppert D, Stefanski LA, Crainiceanu CM. <i>Measurement Error in Nonlinear Models: A Modern Perspective</i> . Chapman & Hall/CRC , 2006.
Sesgos y confusión no medida	Los modelos solo ajustan lo que está medido; la confusión no observada o sesgos de selección comprometen toda inferencia causal.	Hernán MA, Robins JM. <i>Causal Inference: What If</i> . Chapman & Hall/CRC , 2020.
IA y machine learning	Los algoritmos de IA no corrigen sesgos; aprenden y amplifican errores presentes en los datos de entrenamiento.	Rajkomar A, Dean J, Kohane I. <i>Machine Learning in Medicine</i> . N Engl J Med . 2019;380:1347–1358. doi:10.1056/NEJMra1814259.
Validez de la evidencia	Revisiones o metaanálisis basados en datos de mala calidad producen resultados inútiles o dañinos.	Ioannidis JPA. <i>Why Most Published Research Findings Are False</i> . PLoS Med . 2005;2(8):e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124.
Impacto clínico	Datos clínicos incorrectos en registros electrónicos contribuyen a errores médicos, diagnósticos fallidos y riesgos al paciente.	Weiskopf NG, Weng C. <i>Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research</i> . J Am Med Inform Assoc . 2013;20(1):144–151. doi:10.1136/amiajnl-2011-000681.
Políticas de salud	Políticas basadas en datos deficientes generan programas ineficaces y recursos mal asignados.	AbouZahr C, Boerma T. <i>Health information systems: the foundations of public health</i> . Bull World Health Organ . 2005;83(8):578–583.

El Framework DAMA DMBOK para Calidad de datos

Dimensión de Calidad (DAMA)	Definición Técnica	Manifestación en el Sistema de Salud Colombiano	Impacto Primario
Exactitud	Grado en que los datos representan correctamente el evento o objeto del mundo real que describen.	Facturación de servicios duplicados, con costos elevados, <i>upcoding</i> de procedimientos, facturación de servicios no prestados.	Sobrestimación del costo médico (severidad), pagos indebidos, desconfianza en los reportes de gasto.
Compleitud	Grado en que los datos esperados no tienen valores nulos o faltantes.	Sub-reportes de RIPS VS Suficiencia alejado de las tendencias epidemiológicas	Subestimación de la frecuencia real de uso de servicios, cálculo incorrecto de la UPC, historia clínica incompleta.
Consistencia	Ausencia de contradicciones entre datos que representan la misma realidad en diferentes fuentes.	Discrepancia de \$2.71 billones entre giros reportados por ADRES y estados financieros de las EPS.	Imposibilidad de conciliar el flujo de recursos del sistema, falta de una única fuente de verdad, erosión de la confianza.
Validez	Conformidad de los datos con los estándares, formatos y reglas de negocio definidos.	Necesidad de aplicar "calidades" o mallas de validación y retroalimentar gran volumen de registros por parte del Ministerio para corregir datos que no cumplen la estructura requerida.	Carga operativa para la depuración de datos, riesgo de introducir sesgos al eliminar datos "no válidos" pero reales.
Oportunidad	Disponibilidad de los datos en el tiempo requerido para soportar una función de negocio.	Rezago de dos años entre la base de datos y el año del cálculo de la UPC	Retrasos en el cálculo de la UPC, toma de decisiones basada en información desactualizada, ineficiencia en los procesos de regulación.
Unicidad	Cada evento u objeto del mundo real está representado una sola vez en el conjunto de datos.	Necesidad de "Calidades" mallas de validación para detectar servicios duplicados (ej. dos apendicectomías para el mismo paciente).	Pagos duplicados por el mismo servicio, sobrestimación de la frecuencia.



Problemas típicos de calidad de datos en Salud

Problemas típicos de calidad de datos en Salud

1) Fragmentación de datos y errores de identificación del paciente

Qué pasa: el mismo paciente aparece como personas distintas entre prestadores/aseguradores; historias partidas.

Por qué importa: sube el conteo de atenciones (F) y oculta comorbilidades; sesga prevalencias y costos.

Cómo se resuelve: política de **patient matching** (identificadores robustos + reglas probabilísticas), verificación cruzada y trazabilidad; usar perfiles **HL7 FHIR** para intercambio interoperable. [Gobierno de Salud IT+1Build FHIR](#)

2) Registros incompletos o tardíos

Qué pasa: faltan EPS/meses/variables clave; rezagos en el reporte.

Por qué importa: rompe series y produce subestimación de frecuencia/severidad.

Cómo se resuelve: métricas **DQR** (completitud, puntualidad, consistencia, plausibilidad), con revisiones de escritorio y en terreno sobre muestras de IPS. [IrisWHO Apps](#)

3) Codificación clínica inconsistente (ICD-10/11)

Qué pasa: uso de códigos inespecíficos, secuencias incorrectas o diagnóstico sin sustento.

Por qué importa: distorsiona case-mix y **ajuste por riesgo**; afecta medidas de calidad.

Cómo se resuelve: guías oficiales **ICD** y **ICD-10-CM**; capacitación y auditorías clínicas periódicas; retroalimentación a codificadores. [Organización Mundial de la SaludCMS](#)

4) Duplicados y conteos inflados

Qué pasa: eventos repetidos (mismo servicio/tiempo cercano) o facturas partidas.

Por qué importa: infla F y la prima pura (PP), rompe la identidad **PP = F × S**.

Cómo se resuelve: reglas de unicidad y deduplicación documentadas; controles operativos y tableros de madurez de calidad (p. ej., **DQMI**). [NHS England Digital](#)

Problemas típicos de calidad de datos en Salud

5) Heterogeneidad de formatos y baja interoperabilidad

Qué pasa: CSV locales, campos libres, codificadores distintos → datos no comparables.

Por qué importa: limita el cruce y la validación externa; retrabajo y errores.

Cómo se resuelve: adopción de **HL7 FHIR** y guías de medición de calidad (**DEQM/QI-Core**); gobierno de metadatos y catálogos de valores. [Build FHIRNCQA](#)

6) Incoherencia macro entre microdatos y cuentas de gasto

Qué pasa: los agregados no cuadran con las **Cuentas de Salud** nacionales.

Por qué importa: resta credibilidad al nivel de costos usado en UPC.

Cómo se resuelve: conciliación con **SHA 2011** (función, proveedor, financiamiento) y “bridge tables” documentadas. [OECD European Commission](#)

7) Upcoding / diagnósticos no sustentados para ajuste por riesgo

Qué pasa: se reportan diagnósticos que no están respaldados en historia.

Por qué importa: **sobrepago** en esquemas capitados ajustados por riesgo.

Cómo se resuelve: auditoría tipo **RADV** (validación diagnóstica con historia clínica), guías para revisores y plan correctivo. [CMS+1](#)

8) Faltantes y sesgos de selección

Qué pasa: variables críticas vacías y subpoblaciones subreportadas.

Por qué importa: sesgos sistemáticos en tasas/costos; comparaciones injustas.

Cómo se resuelve: diagnóstico DQR del patrón de faltantes, imputación gobernada que preserve identidades contables y análisis de sensibilidad. [Iris](#)

9) Gobernanza débil y falta de KPIs de calidad

Qué pasa: no hay responsable, umbrales ni incentivos; cada actor “reporta a su manera”.

Por qué importa: los problemas persisten y se “heredan” año a año.

Cómo se resuelve: marco de gobierno y madurez de **Sistemas de Información en Salud** (PAHO/IS4H), reglas de calidad institucionales y publicación periódica de indicadores (ej. **DQMI**).

La base de suficiencia

¿Qué es la base de suficiencia ?

La **base de suficiencia** es un registro administrativo construido a partir de la información que reportan las EPS. Su finalidad es servir como **insumo técnico para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)**, integrando datos sobre la **utilización de servicios de salud y sus costos**.

De esta manera, **constituye la fuente oficial para evaluar la suficiencia financiera del sistema de salud en Colombia** (Congreso de la República de Colombia, 1993; Congreso de la República de Colombia, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

¿Qué tipo de información es la base de suficiencia?

Aspecto	Censo	Muestra	Registro administrativo	
Definición	Recolección de datos de toda la población objetivo .	Recolección de datos de un subconjunto representativo de la población.	Información generada por entidades en sus funciones administrativas , usada con fines estadísticos.	✓
Cobertura	Completa (100% de la población) .	Parcial (segmento de la población).	Depende de la cobertura del trámite/gestión (puede ser completa o incompleta).	✓
Propósito inicial	Estadístico (conocer toda la población).	Estadístico (inferir características poblacionales).	Administrativo (gestión, control, registros legales), con uso secundario en estadística.	✓
Periodicidad	Esporádica (cada 5-10 años o más).	Regular (anual, trimestral, mensual, según encuesta).	Continua y permanente .	✓
Costo y logística	Muy alto , requiere gran planeación y recursos.	Menor que el censo, más ágil y económico .	Bajo (ya existen por gestión administrativa).	✓
Nivel de detalle	Muy alto : permite desagregación geográfica y temática fina.	Limitado por diseño muestral, error de muestreo y representatividad.	Variable , depende de cómo se definan y capturen las variables en el registro.	✓
Precisión estadística	Muy alta , sin error de muestreo, aunque con posibles errores de cobertura o no respuesta.	Tiene error de muestreo , estimaciones con intervalos de confianza.	Puede tener problemas de calidad : cobertura, consistencia, duplicados o definiciones distintas.	✓

Ventajas y Desventajas

Fuente	Ventajas (en clave de suficiencia)	Limitaciones (en clave de suficiencia)
Censo	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura total de la población (100%). - Permite caracterizar estructura demográfica y social. - Sirve de marco de referencia para validar registros y proyecciones poblacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Periodicidad baja (cada 10 años). – - Alto costo y logística, poco viable para seguimiento continuo. - No capta variables de aseguramiento ni gasto en salud de manera sistemática. - Utilidad indirecta para la suficiencia (más como insumo estructural).
Muestra	<ul style="list-style-type: none"> - Información más frecuente que el censo (anual, trimestral, etc.). - Puede incluir módulos específicos de salud y gasto. - Costos más bajos que un censo. - Apoya como fuentes de contraste frente a registros administrativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Error de muestreo, estimaciones sujetas a intervalos de confianza. - Limitada desagregación territorial (pocas llegan a nivel municipal). - Periodicidad no siempre suficiente para seguimiento continuo. - Útil como complemento, no como base única de suficiencia.
Registro administrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Información continua y obligatoria (afiliación, recobros, facturación). - Bajo costo adicional (ya existe por gestión administrativa). - Máxima desagregación: persona, régimen, municipio. - Refleja el universo real de la población asegurada y los flujos financieros. - Es la fuentes central de la base de suficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de calidad: duplicados, inconsistencias, definiciones heterogéneas. - Cobertura incompleta si hay retrasos o fallas en el reporte. - Dependencia de la gestión administrativa de las entidades reportantes. - Falta de estandarización puede generar distorsiones en el cálculo. - Riesgo de dependencia excesiva de una sola fuente sin mecanismos de contraste.

Dependiendo el tipo de Modelado afecta distinto la calidad

Aspecto	Estimaciones Estocásticas	Calculos Determinísticos
Dependencia de datos	Muy alta: parámetros, distribuciones y estimadores provienen directamente de los datos.	Alta: requieren calibración inicial con datos, luego producen relaciones fijas.
Sensibilidad al ruido aleatorio	Alta: distorsiona intervalos de confianza, p-valores y aumenta el riesgo de asociaciones espurias.	Media: ruido pequeño puede no alterar tendencias, pero sí los valores absolutos.
Impacto de errores sistemáticos	Grave: subregistro o mala clasificación distorsiona riesgos, prevalencias y relaciones causales.	Grave: parámetros mal calibrados llevan a proyecciones erróneas con apariencia de certeza.
Cobertura insuficiente de datos	Crítico: muestras no representativas → inferencias inválidas, sesgos de selección imposibles de corregir. Ejemplo: encuestas con baja tasa de respuesta.	Crítico: modelos calibrados con fracciones de población no representativa → proyecciones que no reflejan la realidad nacional/regional. Ejemplo: proyecciones de epidemia basadas solo en hospitales grandes.
Procedencia: registros administrativos	- Fortalezas: gran volumen, longitudinalidad. - Debilidades: errores de codificación (CUPS, diagnósticos), subregistro (ej. RIPS), sesgos de facturación. Efecto: inferencias estocásticas pierden validez, generan estimaciones sesgadas con “falsa precisión”.	- Fortalezas: permiten parametrizar modelos poblacionales. - Debilidades: los registros reflejan incentivos administrativos más que la realidad clínica. Efecto: parámetros mal ajustados → predicciones determinísticas con errores acumulados en cada escenario.
Capacidad de corrección	Limitada: imputación o ponderación solo ayudan si la falta de datos es aleatoria y la cobertura suficiente.	Muy limitada: la calibración con registros administrativos sesgados puede invalidar todo el modelo.
Percepción de validez	Falsa precisión: intervalos y p-valores que aparentan rigor, pero parten de datos sesgados o incompletos.	Falsa certeza: producen números exactos y escenarios aparentes, aunque basados en datos administrativos incompletos.
Ejemplo en salud	Encuesta nacional con cobertura baja y datos faltantes en poblaciones rurales → prevalencias de enfermedad sesgadas.	Modelo epidemiológico calibrado con RIPS subreportados → tasas de transmisión irreales.
Conclusión	Más afectados por cobertura limitada y errores administrativos porque dependen de representatividad y validez estadística.	También afectados: aunque menos sensibles al ruido, los sesgos de cobertura y los registros administrativos sesgados hacen que generen certezas engañosas.

Sesgos en los Datos

Sesgos en el estudio de suficiencia

1

Sesgo de selección

Al exigir **90% de cobertura**, se **excluyen EPS con desafíos estructurales o regionales** (ej. baja infraestructura, zonas apartadas). Esto **favorece a EPS grandes** y con mayor capacidad administrativa, **reduciendo la diversidad** del estudio.

2

Sesgo de Cobertura (cobertura del 90%)

El umbral es arbitrario: una EPS con menor cobertura puede reflejar contextos donde el reporte de datos es difícil (zonas rurales, acceso limitado). Al excluirla, se **pierde información clave** para entender las condiciones reales del sistema.

3

Sesgo de eliminación (eliminación total de una EPS en lugar de registros no válidos)

Eliminar por completo una EPS que no cumple con el estándar, en lugar de depurar registros inválidos, genera **pérdida de información útil**. Esto **desincentiva la participación de EPS pequeñas** y limita la diversidad de datos.

4

Sesgo de Capacidad - EPS grandes

Las **EPS grandes** cuentan con más recursos tecnológicos y administrativos, lo que les da mayor probabilidad de cumplir con los requisitos. Esto **induce un sesgo estructural** en el estudio a favor de los grandes actores.

6

Sesgo de Sobre representación del Régimen Contributivo

Las EPS de este régimen suelen operar en contextos urbanos y formales, donde se reportan **más enfermedades crónicas** y condiciones mejor gestionadas. Esto **distorsiona el perfil epidemiológico nacional** al infra-representar al Régimen Subsidiado.

7

Sesgo de perfiles epidemiológicos

Al **sobre-representar enfermedades crónicas urbanas**, se **subestiman enfermedades infecciosas, tropicales** y de difícil acceso propias de zonas rurales y de población subsidiada. Esto **genera una visión incompleta** de la carga real de enfermedad.

8

Sesgo de no contrastación

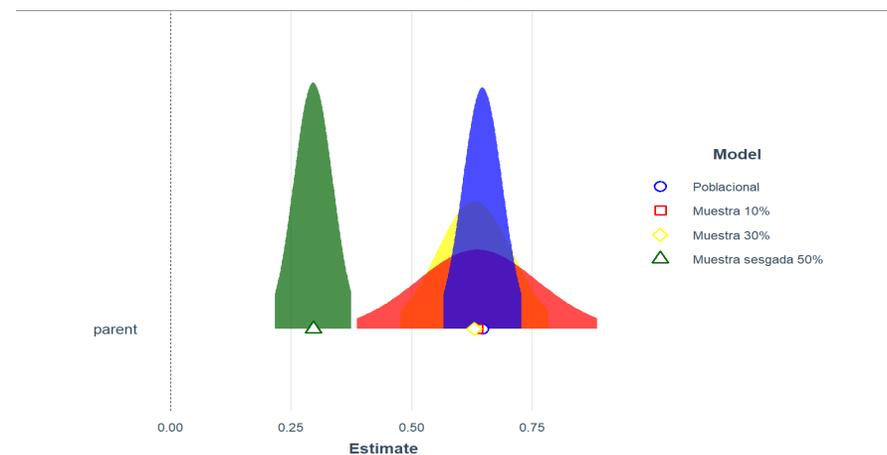
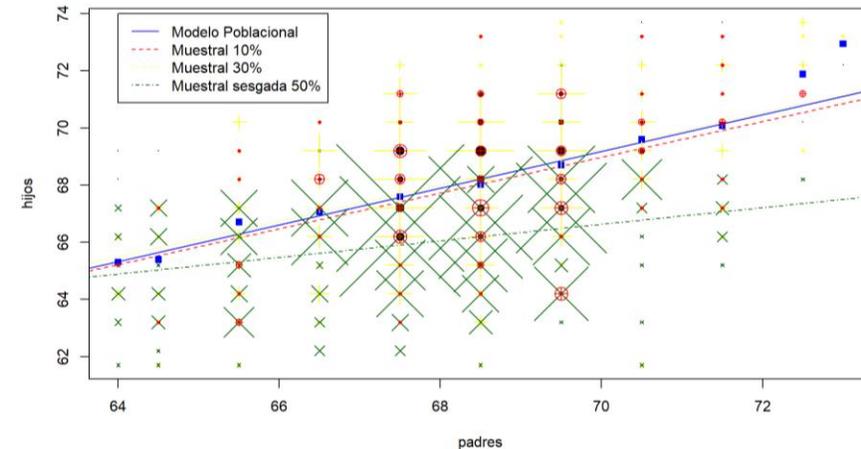
Los datos del estudio de suficiencia deberían ser **validados frente a otras fuentes** (como RIPS, cuentas de alto costo y tendencias epidemiológicas nacionales) para garantizar coherencia en precios y cantidades. Sin embargo, esta verificación **no siempre se realiza** y, además, se omite el impacto de **factores sociales y macroeconómicos**, lo que **limita la capacidad para reflejar la realidad del sistema**.

Consecuencias de los sesgos en los datos

“El sesgo ocurre cuando los datos **se apartan sistemáticamente** de la realidad por la forma en que se **recolectan, procesan o reportan**”.

Cómo afecta:

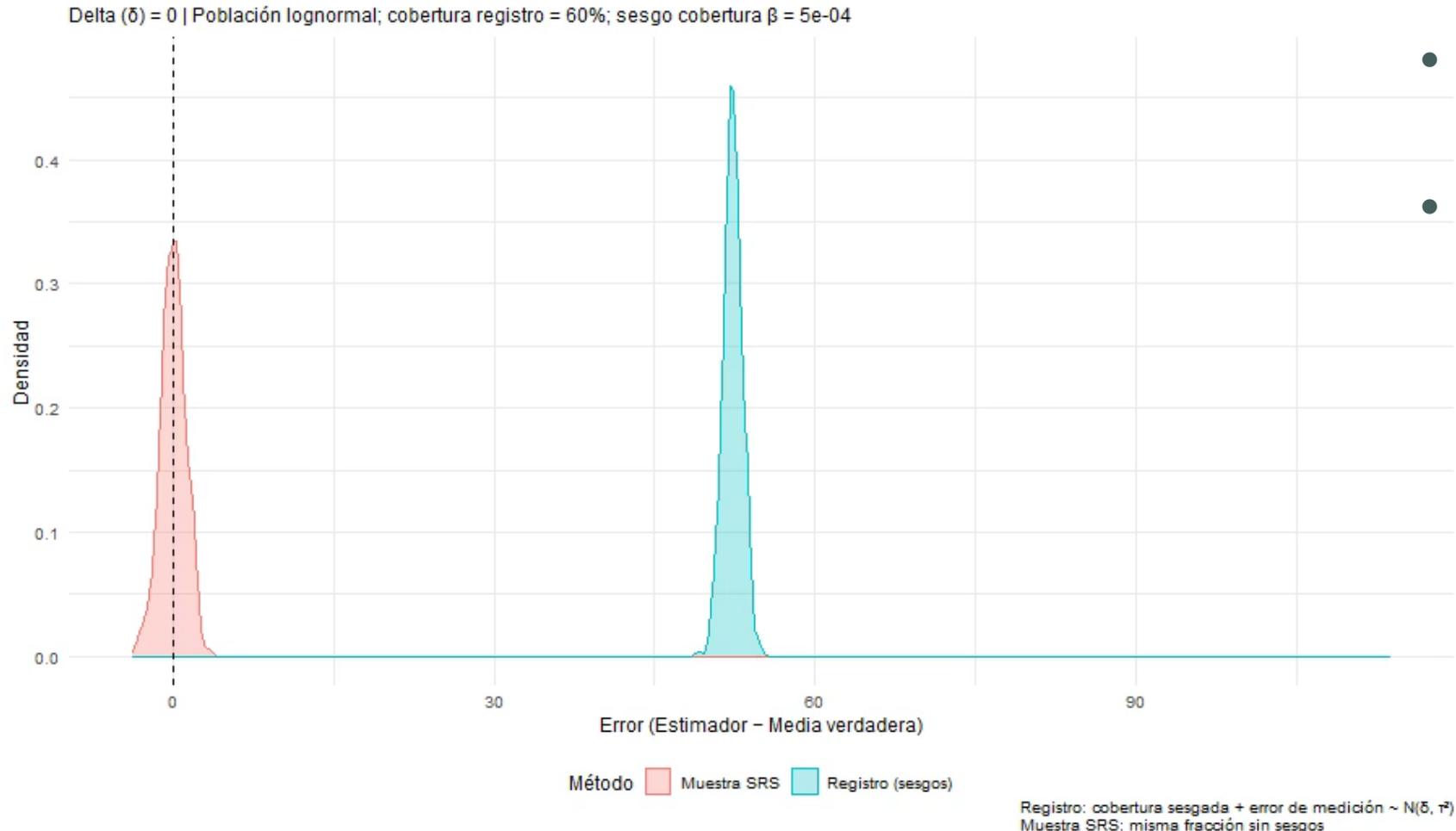
- Produce estimaciones **engañosas** aun cuando la base es grande o parece completa.
- Puede **ocultar problemas** (ej. subestimar frecuencias) o **exagerarlos** (ej. sobreuso de servicios).
- Lleva a **decisiones equivocadas** en política pública y **financiamiento en salud**.



Fuente: Modelos de Regresión lineales, Daniel Garavito

Aumento de los sesgos cuando no se tiene control del registro

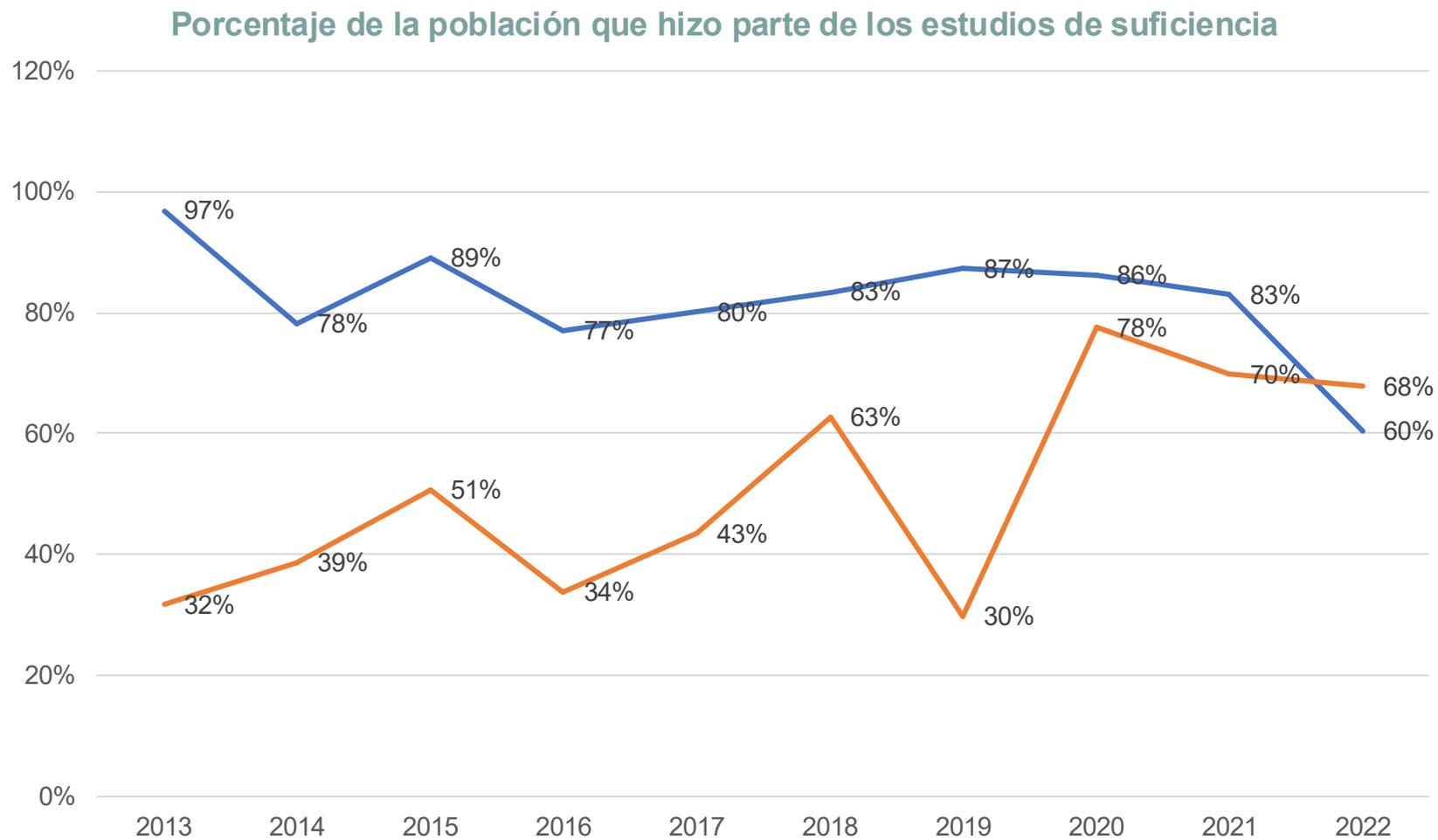
- Línea punteada en 0 = “sin sesgo” (error esperado cero).
- La densidad de **Muestra SRS** se mantiene centrada en 0.
- La densidad de **Registro (sesgos)** se **desplaza hacia la derecha** conforme aumenta δ (sesgo de medición), reflejando un **sesgo positivo** creciente.



No importa tener cobertura completa, si la calidad del dato es mala, los sesgos son gigantescos y comprometen la validez de la base de suficiencia

Cobertura

Porcentaje de la población que hizo parte de los estudios de suficiencia



La Calidad del dato como compromiso de los agentes del sistema

La calidad de la información en la ley

- **Ley 1712 de 2014 - Ley de Transparencia:** define a las **EPS como sujetos obligados a garantizar el acceso y la calidad de la información**, dado que administran recursos públicos y prestan un servicio público esencial.
- **Ley 1438 de 2011:** Se les exige proporcionar información confiable e íntegra. Por tanto, **la responsabilidad de la calidad del dato recae, desde su origen, en las EPS.**

Los procesos de validación y las "mallas de calidad" son una **intervención técnica necesaria** para intentar corregir las profundas inconsistencias de una información.

Desistimiento de cuatro (4) entidades:

✓ ARTÍCULO 2.5.2.3.3.1. Condiciones de habilitación de las EPS

Las entidades deberán operar el aseguramiento en salud con el propósito de disminuir la ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad.

Para garantizar su adecuado funcionamiento, **las entidades deberán cumplir y demostrar como mínimo**, las siguientes **condiciones de habilitación** ante la Superintendencia Nacional de Salud, así:

1. **Capacidad técnico-administrativa:** cumplimiento de requisitos técnico legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones.
2. **Capacidad científica:** conjunto de procesos, actividades y recursos humanos orientados a la gestión del riesgo del aseguramiento: i) Representación del afiliado, ii) Gestión integral del riesgo en salud, iii) Red integral de prestadores de servicios de salud.
3. **Capacidad tecnológica:** conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, **tecnologías, sistemas de información** que permiten garantizar el cumplimiento de funciones indelegables del aseguramiento en salud (administración del riesgo financiero, gestión del riesgo en salud, articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y representación del afiliado, artículo 14 Ley 1122 de 2007).

Ley 1438 y ley 1712

- **ARTÍCULO 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud:** En desarrollo del principio de calidad del SGSSS se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, que contendrá como mínimo:

107.3 El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los **ciudadanos puedan contar con información objetiva** para garantizar al usuario su derecho a la libre elección

- **ARTÍCULO 114. Obligación de reportar.**

Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, **proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara** dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

Ley 1712 de 2014

Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información

- Objetivo; regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información
- **Artículo 3: Otros principios de la transparencia y acceso de información**

Principio de la calidad de la información. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, **deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles** para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad

Reflexiones finales

Reflexiones Finales

✓ **La calidad de datos es una apuesta para el desarrollo del país:**

La **falta de transparencia** en los datos **condena** a las sociedades al rezago, pues sin claridad ni confiabilidad no es posible hacer la transición hacia una sociedad desarrollada. El **dato de calidad** se convierte, entonces, en el **cimiento** de toda organización moderna, capaz de **orientar decisiones y transformar realidades**.

✓ **La Tecnología y la interoperabilidad mejoran la calidad del dato:**

Cuando la **infraestructura tecnológica** avanza, también lo hace la calidad de los datos: **sistemas más sólidos permiten auditorías más rigurosas, análisis predictivos y mayor eficiencia en el uso de recursos**. Una organización sin datos de calidad permanece anclada al pasado; con ellos, en cambio, se proyecta hacia el **futuro**.

Responsabilidad reporte y calidad de la información para el cálculo de la UPC

ACEMI

Contenidos presentación



Estructura	Detalle
Introducción al problema	La responsabilidad en el reporte de la información para el cálculo de la UPC corresponde a todos los actores del sistema. Es deber del gobierno asegurar la disponibilidad y veracidad de la información reportada. Así como organizar, depurar y validar la información que garantice el mejor cálculo posible.
Objetivo	Evaluar el proceso de validación de calidad de la información utilizada para la estimación de la UPC, identificando puntos críticos a intervenir y estimar los costos no incluidos en el cálculo.
Metodología aplicada	Identificación de las fallas del proceso de calidad de la información, retroalimentación y estimación de los costos no estimados.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de lineamientos para el diligenciamiento de justificaciones.• Retroalimentación deficiente, sin espacios efectivos de diálogo entre actores.• Inexistencia de criterios para la inclusión/exclusión de registros.• Eliminación injustificada de registros. Subvaloración de costos y subestimación de la UPC.
Conclusiones y recomendaciones	<ul style="list-style-type: none">• Uso inadecuado de reglas de calidad elimina EPS del cálculo, oculta costos y distorsiona frecuencias y severidades. Se estima que en periodo 2021-2024 los costos eliminados ascienden a \$13,5 billones.• Definir una metodología para contrastar información de suficiencia con otras fuentes.• Establecer un proceso detallado de evaluación de calidad y de retroalimentación.

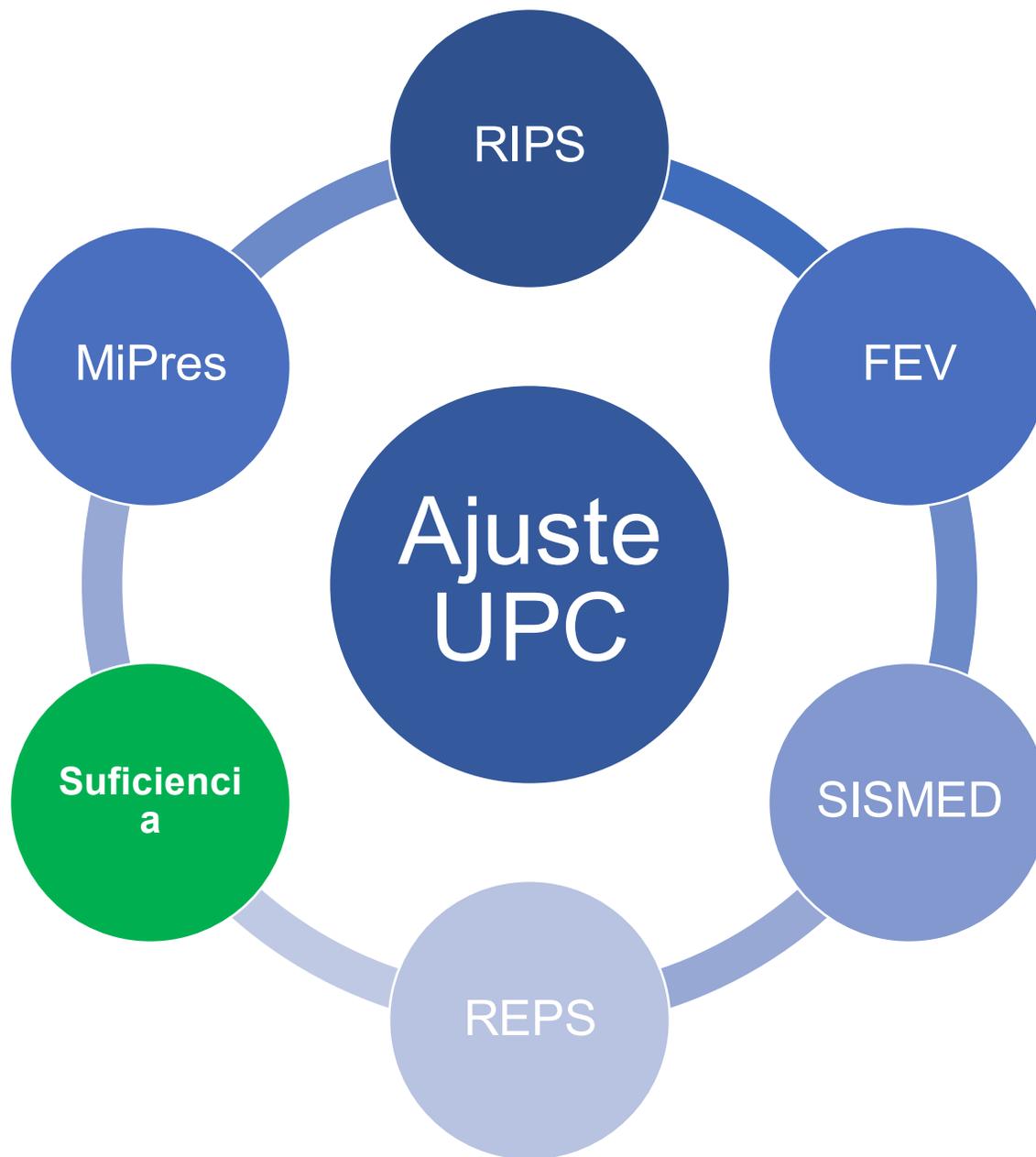
Ley 1438 de 2011. Obligación de reporte

Artículo 114. Obligación de reportar. Es una obligación de las **Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara** dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

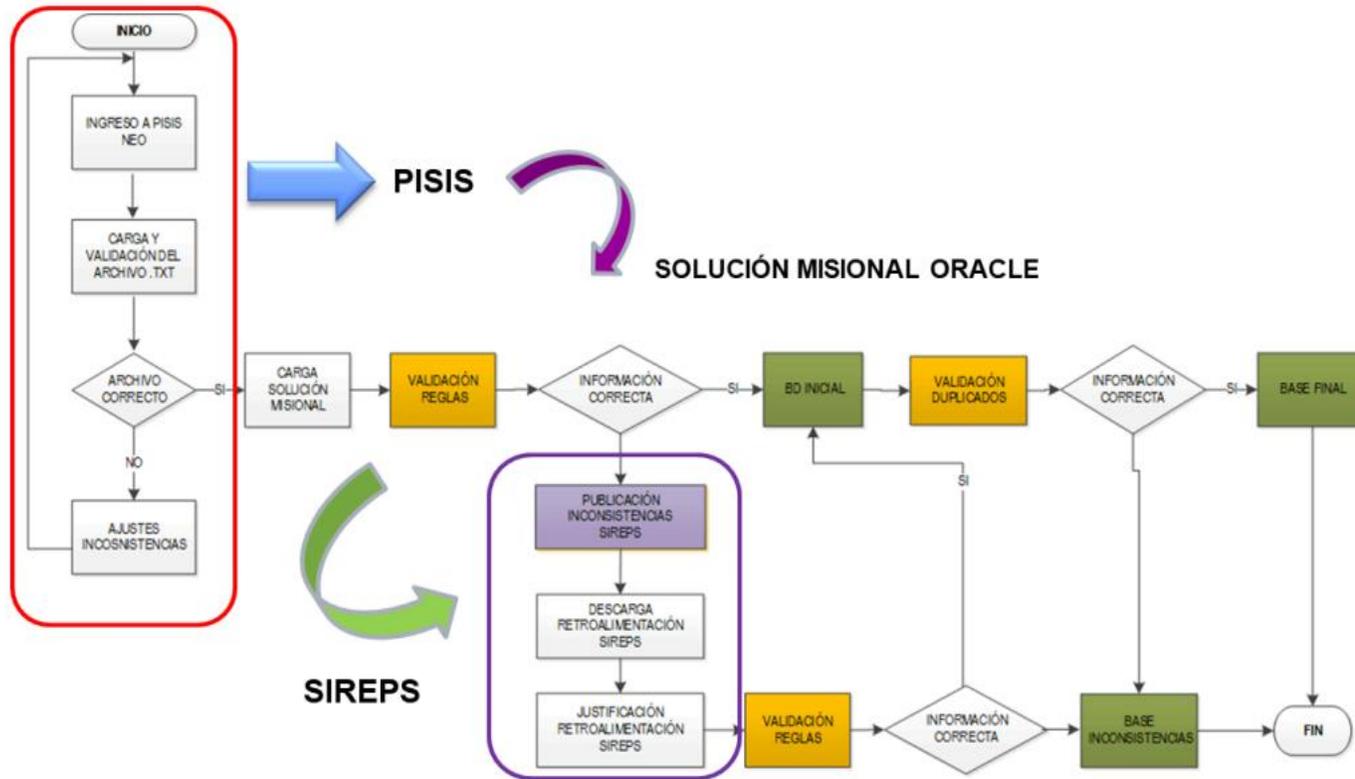
Responsabilidad de la Nación (Auto 007 de 2025)

- 17. La Corte estima entonces, que lo problemático no es solo que la información con la que se calcula la UPC provenga y dependa de unas pocas EPS, así acojan a un gran número de afiliados, **sino que no sea posible contrastar su veracidad frente a otras fuentes. También es cuestionable que esta falencia haya sido advertida desde hace años (2011) y, aun así, no se hayan desplegado acciones al respecto, pues como se mencionó, ninguna alusión concreta ha hecho el Ministerio y tampoco se han evidenciado medidas al respecto...**
- 19. ...En la actualidad, este inconveniente de falta de contrastación se sigue presentando, además, **porque el MSPS no ha reportado la implementación de un mecanismo para efectuar esta comparación de datos. La Sala observa que este proceso permitiría confrontar diferentes fuentes de datos que se emplean para el cálculo de la UPC, y ello permitiría reducir el margen de error de información y descartar aquellos datos que no concuerden, además de dotar de transparencia los procedimientos y permitir la comprobación de la validez y veracidad de la información.**
- 20. Por todo lo anterior, se considera de suma importancia que **se implemente un mecanismo que permita contrastar los datos con los que se calcula la UPC** y se adelanten las investigaciones pertinentes ante el incumplimiento de la obligación de reporte completo y oportuno por parte de las EPS, por no acatar las medidas que pueda adoptar el MSPS para mejorar la calidad de la información.

Sistemas de información deben articularse para contrastar información suministrada por EPS a través de base de suficiencia



Sistema de información para estudio de suficiencia y calculo UPC



- EPS cargan la información en **PISIS**, donde se valida el cumplimiento de las reglas de calidad.
- Tras la validación, se notifican las **inconsistencias** a través de la plataforma **FTP**.
- Las EPS deben responder con los **archivos maestros y justificaciones** por cada grupo de calidad observado.

Procesamiento calidad de la información (182 reglas)

Grupo de calidad	Nombre	Contenido
Grupo 1	Estructura	Compleitud de campos y cumplimiento del formato definido
Grupo 2	Contenido	Contenidos corresponden dominios de datos y tablas de referencia
Grupo 3	Cruzadas	Cruzan dos o más columnas de información reportada con tablas de referencia para validar diagnósticos, procedimientos, medicamentos prestadores y valor de la tecnología o servicio reportado
Grupo 4	Personas	Derechos de los usuarios, frecuencia (más de 1000 actividades persona/año), valor de consumo al año (más de \$100 millones por persona), usuario con reporte de sexo y fecha de nacimiento diferente al que registra la BDUA.
Grupo 5	Atenciones	Posible duplicidad en las atenciones por usuario (día, año, vida)
Grupo 7	Dosis máxima dispensación	Verifica cantidad dispensada de un medicamento en relación con dosis máxima teórica
Grupo 8	Valores atípicos	Identifica valores extremos con base en criterios estadísticos
Grupo 9	Relación CUPS-CIE10	Concordancia entre las tecnologías reportadas y diagnóstico registrado.

Calidades escogidas para el análisis

Calidad C4_4: Valor

- Más de \$100 millones de pesos por paciente al año

Calidad C4_3: Frecuencia

- Más de 1000 actividades en un paciente al año

Calidad C8_1: Valores Atípicos

- Se verifican solamente procedimientos simples

Instructivo retroalimentación año 2024; calidad C4_4

1. Recibirán un archivo denominado C4_4_EPSXXX_R.txt con las siguientes características:

Código EPS	NIT EPS	Tipo identificación	Número identificación	Total actividades	Total valor actividades	Total valor CM	Total valor copagos	Diagnóstico	Justificación
EPS123	900123456	TI	101099XX	1000	\$ 250.000.000	0	\$ 1.000		
EPS124	900123456	CC	142076XX	200	\$ 101.000.000	0	\$ 5.000		
EPS125	900123456	TI	109802XX	2200	\$ 520.000.000	0	\$ 10.000		

2. Para la respuesta a inconsistencias derivadas de este proceso de calidad, debe crearse un archivo denominado R_C4_4_EPSXXX_R.txt, que especifique el tipo de patología que justifica el consumo de servicios reportados.

Instructivo retroalimentación año 2024; calidad C4_4

3. Los registros que no contengan diagnóstico válido ni justificación, no serán tenidos en cuenta. Recuerde que en el campo diagnóstico sólo debe ir un código CIE-10 vigente.

Código EPS	NIT EPS	Tipo identificación	Número identificación	Total actividades	Total valor actividades	Total valor CM	Total valor copagos	Diagnóstico	Justificación
EPS123	900123456	TI	101099XX	1000	250.000.000	0	1.000	I259	Paciente con enfermedad coronaria severa de 3 vasos, que requiere revascularización miocárdica, con Diabetes, Hipertensión y enfermedad cerebrovascular
EPS124	900123456	CC	142076XX	200	101.000.000	0	5.000	I219	Paciente con IAM, con Internación prolongada, que Requiere revascularización miocárdica, con IRC
EPS125	900123456	TI	109802XX	2200	520.000.000	0	10.000	E755	Paciente con Enf. De Fabry, con IRC, hipertensión, que requiere aplicación mensual de GENZYME

Análisis calidad C4_4

- ✓ No existen lineamientos técnicos para diligenciar las justificaciones.
- ✓ Proceso de retroalimentación calidad C4_4 es deficiente. No se sustenta, ni informa decisión de inclusión o exclusión detallada. No hay dialogo, ni concertación posterior a diligenciamiento.
- ✓ **Eliminación injustificada de registros subvalora el costo de los servicios de salud efectivamente prestados y subestima ajuste de la UPC**
- ✓ La regla de \$100 millones por paciente se estableció en 2015. Desde entonces la inflación acumulada ha sido de 81,6%. No se actualiza.
- ✓ No existen criterios estadísticos o de mercado que permitan mejorar la regla.
- ✓ Usuarios con cáncer de pulmón, leucemia y enfermedades de coagulación superan el tope. También trasplantes, implantes cardiacos definitivos y oclusión de vasos miembros superiores.
- ✓ ACEMI estima con información de dos EPS que representan el 21,3% de la afiliación al SGSSS en cerca de 75 mil el número de pacientes costos superiores a los \$100 millones al año.
- ✓ **ACEMI estima que para 2024 se eliminaron costos por \$5,2 billones por aplicación de calidades: 6,3% de UPC liquidada. De estos, un 70%-80% se dan en razón a la calidad C4_4.**

Análisis calidad C4_3 (Más de 1,000 actividades en un paciente)

- ✓ Problemática es similar a la de calidad C4_4
- ✓ No existen lineamientos técnicos para diligenciar las justificaciones.
- ✓ Proceso de retroalimentación calidad C4_3 es deficiente. No se discriminan registros validos de inválidos, ni las razones que sustentan la decisión. No hay dialogo después de diligenciar archivo plano.
- ✓ No existen criterios claros de inclusión o exclusión de registros a la base final
- ✓ **Eliminación injustificada de registros subvalora el costo de los servicios de salud y subestima el ajuste de la UPC**
- ✓ No hay equipos suficientes en MSPS para atender esta tarea

Instructivo retroalimentación año 2024; calidad C8_1. Valores atípicos

1. Recibirán un archivo denominado C8_1_EPSXXX_R.txt con las siguientes

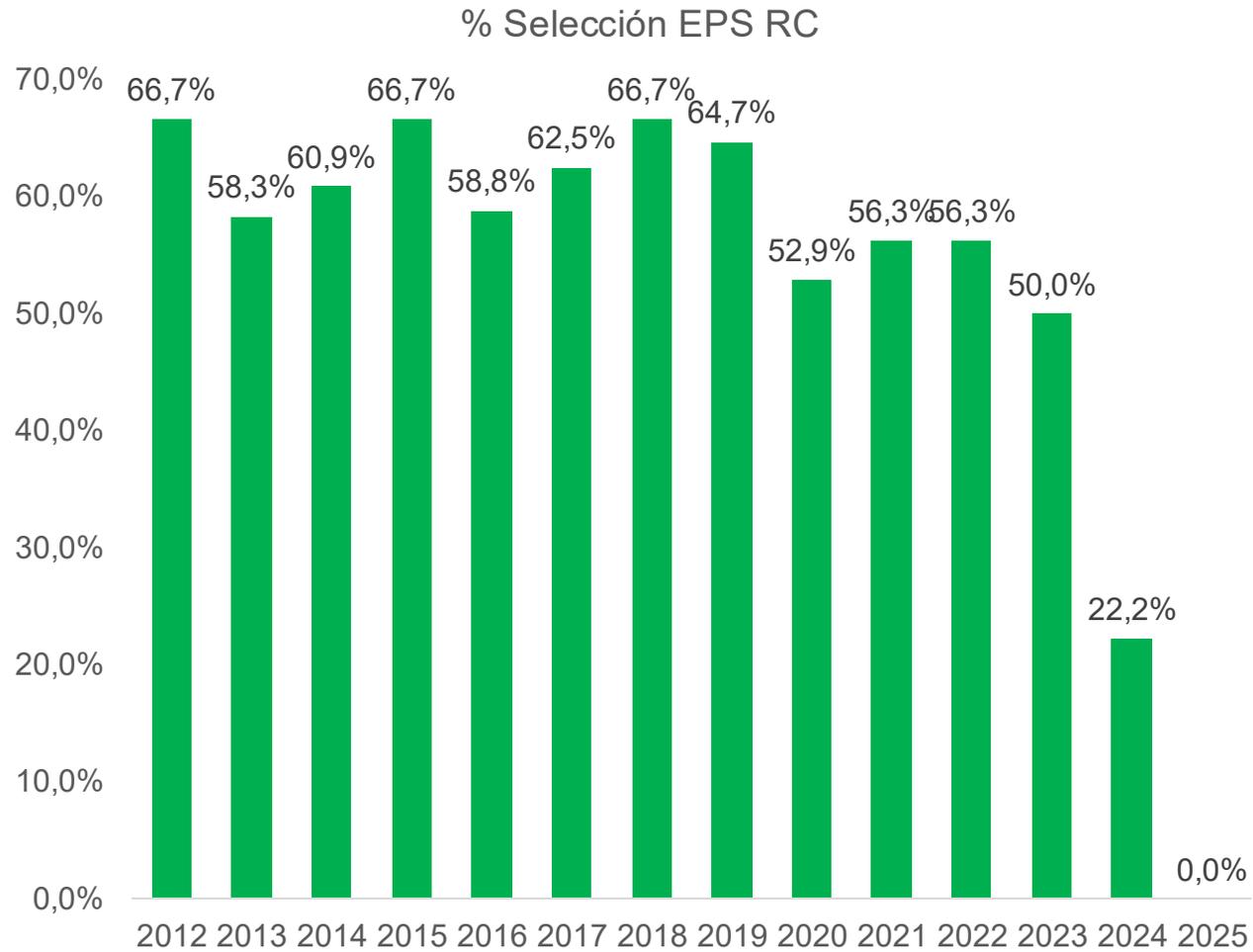
Llave Ministerio	Código EPS	NIT EPS	Tipo identificación	Número identificación	Código principal diagnóstico	Código diagnóstico relacionado	Ámbito	Forma de reconocimiento	Valor procedimiento	Valor CM	Valor copago	Justificación
1484588262	EPS123	900123456	CC	123445	N600	N600	A	S	10.000	200	0	Digite aquí la causa
1484588262	EPS124	900123456	CC	8901234	Z000	Z000	H	S	100.000	100	0	Digite aquí la causa

- La columna “Llave Ministerio”, es el número que identifica el registro en el archivo maestro y no puede ser cambiado.
- **La información recibida como justificación está sujeta a la verificación y aceptación por parte del equipo técnico.**
- Los registros que no cumplan las condiciones de justificación o que no conserven el consecutivo NO serán tenidos en cuenta.

Análisis calidad C8_1

- ✓ No existe formulación estadística o matemática (ficha técnica) asociada a la regla.
- ✓ No hay lineamientos para el diligenciamiento de las justificaciones.
- ✓ Proceso de retroalimentación calidad C8_1 es deficiente. No se discriminan registros validos de inválidos, ni las razones que sustentan la decisión. No hay dialogo después de diligenciar archivo plano.
- ✓ No existen criterios claros de inclusión o exclusión de registros con valores atípicos de procedimientos simples.
- ✓ Variabilidad en costo puede deberse al tipo de prestador donde se realiza el procedimiento, condición médica del paciente, modalidad de contratación (paquete), inclusión honorarios especialistas, etc.
- ✓ ACEMI estima un 10% de los costos eliminados para el calculo de la UPC 2024 procede la calidad C8_1

Número de EPS de RC seleccionadas para estudio de suficiencia ha caído en el tiempo por inadecuada aplicación de reglas de calidad



Año UPC	EPS Seleccionadas	EPS reportantes	% selección
2012	16	24	66,7%
2013	14	24	58,3%
2014	14	23	60,9%
2015	14	21	66,7%
2016	10	17	58,8%
2017	10	16	62,5%
2018	10	15	66,7%
2019	11	17	64,7%
2020	9	17	52,9%
2021	9	16	56,3%
2022	9	16	56,3%
2023	8	16	50,0%
2024	4	18	22,2%
2025	0	16	0,0%

Además de la pérdida de información de EPS no seleccionadas, las EPS del RC seleccionadas para estudios de suficiencia 2021-2024 pierden un porcentaje creciente de sus costos totales por mal uso de reglas de validación.

En promedio perdieron 4,81% del valor reportado cada año. En el acumulado un 18,97%.

EPS	Certificado gasto	Valor Total	Perdida	% perdida
Año 2021				
Aliansalud	233.565	216.665	16.900	7,8%
Compensar	1.755.089	1.677.905	77.184	4,6%
Salud Total	2.029.784	1.942.191	87.593	4,5%
Coomeva	1.660.922	1.595.506	65.416	4,1%
SOS	817.920	788.129	29.791	3,8%
Nueva EPS	4.843.844	4.712.369	131.475	2,8%
Famisanar	1.724.127	1.682.239	41.888	2,5%
Sanitas	2.346.174	2.311.957	34.217	1,5%
Sura	3.029.401	3.025.770	3.631	0,1%
Total 2021	18.440.825	17.952.731	488.094	2,6%

Año 2022				
Aliansalud	232.752	213.876	18.876	8,1%
Salud total	2.403.730	2.302.897	100.833	4,2%
Sanitas	2.567.153	2.502.940	64.213	2,5%
Compensar	1.966.308	1.831.490	134.818	6,9%
Sura	3.577.891	3.430.647	147.244	4,1%
Comfenalco	260.428	238.458	21.970	8,4%
Coomeva	1.225.054	1.120.803	104.251	8,5%
SOS	681.560	664.053	17.507	2,6%
Nueva EPS	5.063.078	4.874.965	188.113	3,7%
Total 2022	17.977.954	17.180.129	797.825	4,4%

Año 2023				
Salud total	3.338.020	3.121.687	216.333	6,9%
Sanitas	4.212.755	3.830.474	382.281	10,0%
Sura	4.986.537	4.682.194	304.343	6,5%
Comfenalco	259.713	257.908	1.805	0,7%
Famisanar	2.625.366	2.386.913	238.453	10,0%
SOS	850.944	780.754	70.190	9,0%
Nueva EPS	6.045.564	6.011.897	33.667	0,6%
Total 2023	22.318.898	21.071.827	1.247.071	5,6%

Año 2024				
Salud total	4.010.862	3.847.874	162.988	4,1%
Sura	6.313.059	5.784.689	528.370	8,4%
Nueva EPS	986.424	919.132	67.292	6,8%
Compensar	6.622.826	6.228.813	394.013	5,9%
Total 2024	17.933.171	16.780.508	1.152.663	6,3%

Mal uso de reglas de validación ha significado pérdidas de costos por \$13,46 billones en periodo 2021-2024

Año	% pérdida	UPC liquidada (millones)	Costos eliminados (millones)
2021	2,65%	52.798.521	1.397.478
2022	4,44%	62.317.813	2.765.538
2023	5,59%	73.743.508	4.120.428
2024	6,30%	82.157.220	5.176.783
Total			13.460.226

Conclusiones

- ✓ Reporte de información para cálculo UPC no es exclusiva de EPS; otros actores tienen obligación.
- ✓ MSPS tiene responsabilidad. Debe confrontar y contrastar información de suficiencia con otras bases. Responsabilidad es mayor con 9 EPS intervenida.
- ✓ El uso de las reglas de calidad para invalidar información de manera injustificada representa una distorsión grave en el ajuste de la UPC.
- ✓ ACEMI ha identificado que las reglas de pacientes con costos mayores a \$100 millones, más de 1000 servicios al año y valores atípicos de procedimientos simples como las reglas que más eliminan costos del cálculo de la UPC.
- ✓ Problema se concentra en la etapa de retroalimentación
- ✓ Uso inadecuado de reglas de calidad elimina EPS del cálculo, oculta costos y distorsiona frecuencias y severidades. Se estima que en periodo 2021-2024 los costos eliminados ascienden a \$13,5 billones.
- ✓ **Subestimación de costos está directamente relacionada con insuficiencia de la UPC y elevada siniestralidad**

Calidad de la información para una UPC suficiente - Oportunidades de mejora

ASOCAJAS



Mesa de trabajo UPC – Autos 007 y 504 de 2025 (HCC)
Agosto 21 de 2025
Eileen Patricia Guzmán Tovar - Gerente Cámara de la Salud



Calidad de la Información
para una UPC suficiente -
Oportunidades de Mejora



ESTRUCTURA

- Introducción al problema
- Objetivo, enfoque y metodología utilizada
- Metodología aplicada
- Resultados relevantes/clave
- Conclusiones y recomendaciones



OBJETIVO

Objetivo:

Mejorar la calidad y cobertura de la información en el estudio de suficiencia de UPC y complementar con otras fuentes que permitan soportar el gasto del Plan de Beneficios y así calcular una UPC suficiente para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, incorporando todos los registros que permitan la estimación correcta de las frecuencias de uso y la severidad.

Metodología:

- Procesamiento de la data en EPS que hacen parte de la Cámara de Salud de Asocajas.
- Estadísticas y análisis de la casuística asegurar la suficiencia de los recursos del sistema de salud mediante una asignación que refleje de forma fidedigna los costos en los que incurren las EPS
- Optimizar la planeación y gestión del aseguramiento, basándose en datos consistentes y oportunos que permitan proyectar de manera adecuada la carga de enfermedad y el uso de servicios.
- Reducir inequidades en la distribución de recursos, garantizando que poblaciones con mayores necesidades reciban una financiación suficiente.



RESULTADOS RELEVANTES

Casos tipo: Personas únicas y valor total por cohorte de riesgo - Usuarios con costo > 100 millones de pesos

Tabla 4-4 Verifica Valor reportado de consumo año. (Más de 100 millones de pesos por persona)

Cohorte de riesgo	Personas únicas	PP	Valor total asociado	PP2	Valor Percapita año
Cáncer	1.333	41%	\$ 238.648.219.499	39%	\$ 179.030.922
Renal	911	28%	\$ 155.525.216.715	26%	\$ 170.719.228
No cohorte	405	12%	\$ 87.267.808.124	14%	\$ 215.476.069
Riesgo Cardiovascular y Riesgo Respiratorio	234	7%	\$ 52.720.356.136	9%	\$ 225.300.667
Neurociencias	188	6%	\$ 36.650.178.254	6%	\$ 194.947.757
Alto costo y baja frecuencia	92	3%	\$ 19.480.344.600	3%	\$ 211.742.876
Osteomuscular	84	3%	\$ 13.424.091.970	2%	\$ 159.810.619
Ginecología/Obstetricia	20	1%	\$ 3.134.202.991	1%	\$ 156.710.150
Totales	3.267	100%	\$ 606.850.418.290	100%	\$ 185.751.582

- Retroalimentación oportuna posibilita los ajustes y el reconocimiento de registros y costos en el cálculo de la UPC. Es fundamental conocer la respuesta del MSPS



RESULTADOS RELEVANTES

Muestra de los casos detectados con múltiples servicios en un mismo día

Calidad 5-1 verifica las atenciones por usuario y su duplicidad durante el día

Usuario (ID)	Fecha	Código	CUPS	Servicios en el día	Valor total
1	3/03/2024	110A01	Internación en unidad de cuidado intensivo adultos	2	\$ 230.488.053
2	6/02/2024	110A01	Internación en unidad de cuidado intensivo adultos	2	\$ 92.463.790
3	24/04/2024	908420	Estudios moleculares de genes específicos	3	\$ 16.169.980
4	6/08/2024	940101	Administración aplicación prueba de inteligencia	7	\$ 5.282.516
5	16/12/2024	992509	Monoterapia antineoplásica de baja toxicidad	4	\$ 3.636.216
6	9/02/2024	53105	Bloqueo de unión mioneural	10	\$ 2.398.752
7	6/02/2024	992504	Politerapia antineoplásica de baja toxicidad	2	\$ 2.392.421
8	25/12/2024	898221	Estudio de coloración básica en espécimen	5	\$ 628.030
9	11/04/2024	48201	Inyección de agente anestésico nervio periférico	5	\$ 422.890
10	4/12/2024	992990	Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica	4	\$ 140.280

- Servicios seriados o repetitivos justificados clínicamente (bloqueos, quimioterapias, terapias de rehabilitación).
- Inconsistencias de codificación (uso de un mismo CUPS para actividades distintas o duplicidades administrativas).
- Procedimientos repetidos por complicaciones, aplicaciones múltiples en una fecha o registros en contextos



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad y cobertura de la información es imperativo para soportar la (in)suficiencia de los recursos. Responsabilidad de todos



- **Factura electrónica:** Su implementación obligó a garantizar la custodia y precisión de los datos, mejorando la disponibilidad de la información.
 - **Acelerar incorporación de criterios de calidad UPC en los RIPS que soportan la Facturación Electrónica.** (Se convierta en fuente principal en cálculo UPC 2027)
- **Compromiso con la calidad del dato** en los RIPS: Desde la fuente primaria prestadores y proveedores de servicios de salud. Reentrenamiento médico y/o administrativos. - **diagnósticos consistentes con manejo-**
- **Reducción máxima de eliminación de registros y desconocimiento de costos:** Actualizar los parámetros de calidad acorde con la evolución de procesos de contratación, costos y carga de enfermedad.
- **Uso de fuentes de contraste** como CAC, FEV-RIPS, Historia Clínica, otras.



Frecuencias de Uso y severidad

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad y cobertura de la información, No descartar información, es imperativo para reflejar la realidad de las frecuencias de uso y la severidad



- **Uso de registros de atención en todos los mecanismos de pago:** El estudio de suficiencia calcula la prima de riesgo con base en frecuencia y severidad, actualmente *estima las frecuencias a partir de los registros administrativos* no alineadas en todos los casos con los mecanismos de pago. – Posible subestimación de frecuencias y severidad-
- **Articulación EPS – IPS:** Las mesas técnicas con el Ministerio de Salud durante los últimos dos años fortalecieron la articulación y mejoraron la calidad y el detalle de los reportes. **Prioridad servicios más sensibles a variaciones:** Las frecuencias de uso de medicamentos son las que muestran mayor impacto en las variaciones analizadas.
- **Uso de la severidad como costo facturado y alineación progresiva** con los RIPS que permita el cálculo real de las frecuencias de uso.
- **Incorporar mecanismos de ajustes ex post,** reconocimiento de frecuencias y

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad y cobertura de la información, No descartar información, es imperativo para reflejar la realidad de las frecuencias de uso y la severidad



- **Determinantes el efecto en la FU de la variabilidad:** Cambios en recomendaciones y prácticas clínicas, incorporación de nuevas tecnologías y cobertura del PBS.
- **Relevancia del análisis cualitativo:** Los análisis de variabilidad deben considerar causas cualitativas soportadas en datos confiables, como los derivados de contratos EPS – IPS que explican los cambios observados y los presentes en Historia Clínica.
- **Definición de severidad:** Actualmente se calcula como costo total reportado dividido entre el número de registros, lo que puede no reflejar el costo real por siniestro.
 - **Se propone** calcular la severidad como costo total reportado dividido entre el número de usuarios atendidos en el periodo.



Mesa de trabajo UPC – Autos 007 y 504 de 2025 (HCC)
Agosto 21 de 2025
Eileen Patricia Guzmán Tovar - Gerente Cámara de la Salud

Análisis calidades C4_4, C4_3 y C8_1 - opciones de mejora

SALUD TOTAL EPS

Salud Total EPS S

PAC Planes
Complementarios

Suficiencia UPC

Salud Total Eps-Análisis
Calidades C4_4, C4_3 y C8_1 -
Opciones de Mejora

SIEMPRE trabajando por el aseguramiento
de la salud de los colombianos



Flujo de Información Reporte Suficiencia de UPC

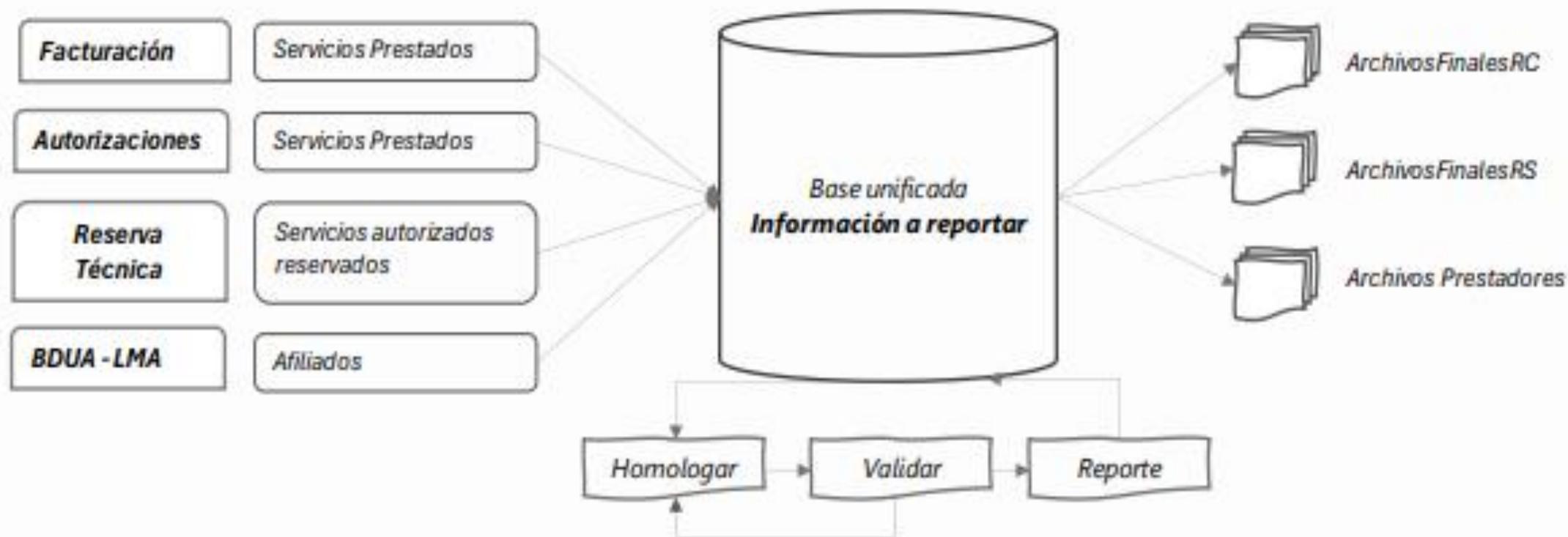


Diagrama fuentes y esquema de macroproceso

Tu salud no es a medias debe ser *total*

Flujo de Información Reporte Suficiencia de UPC

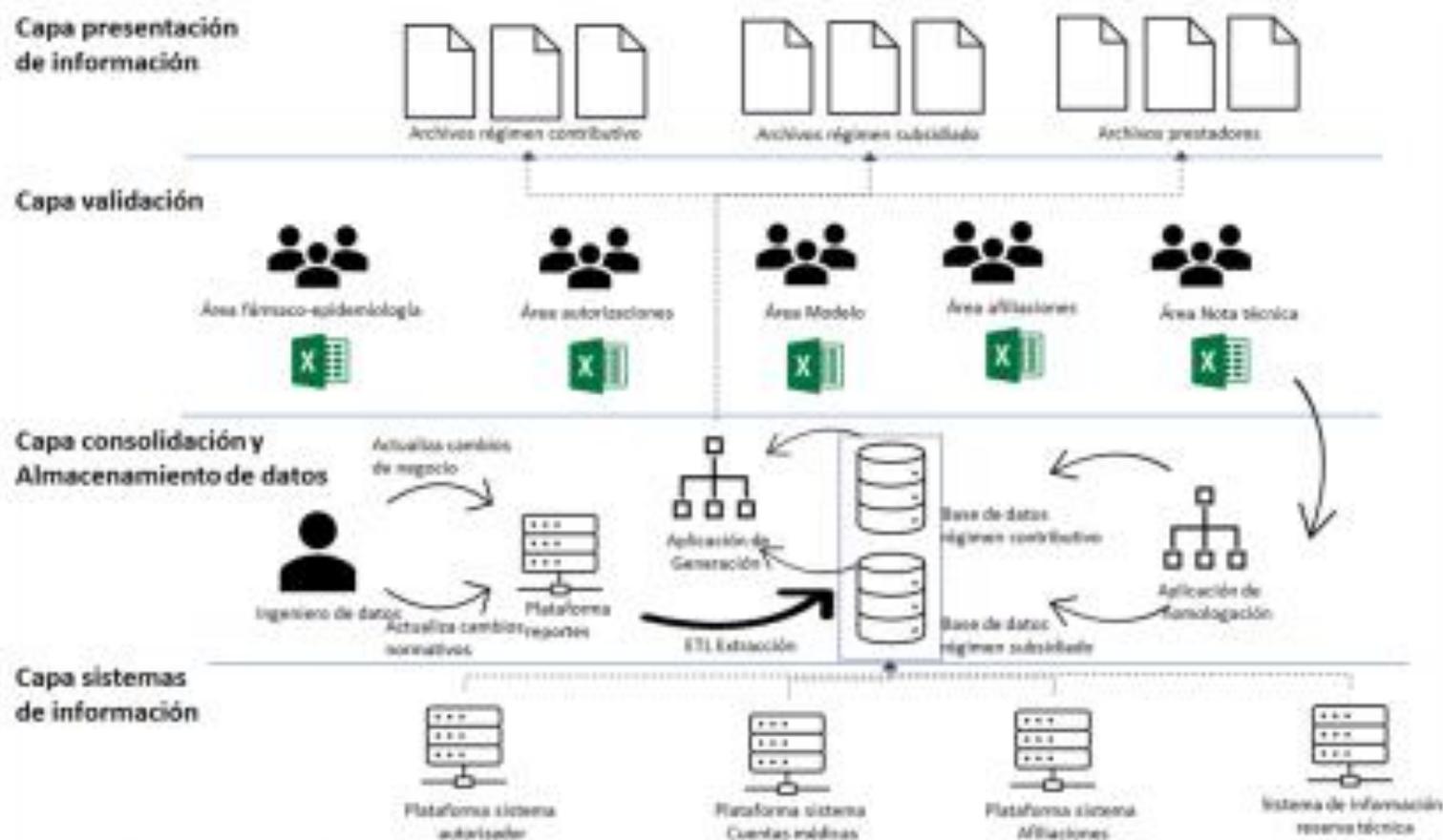
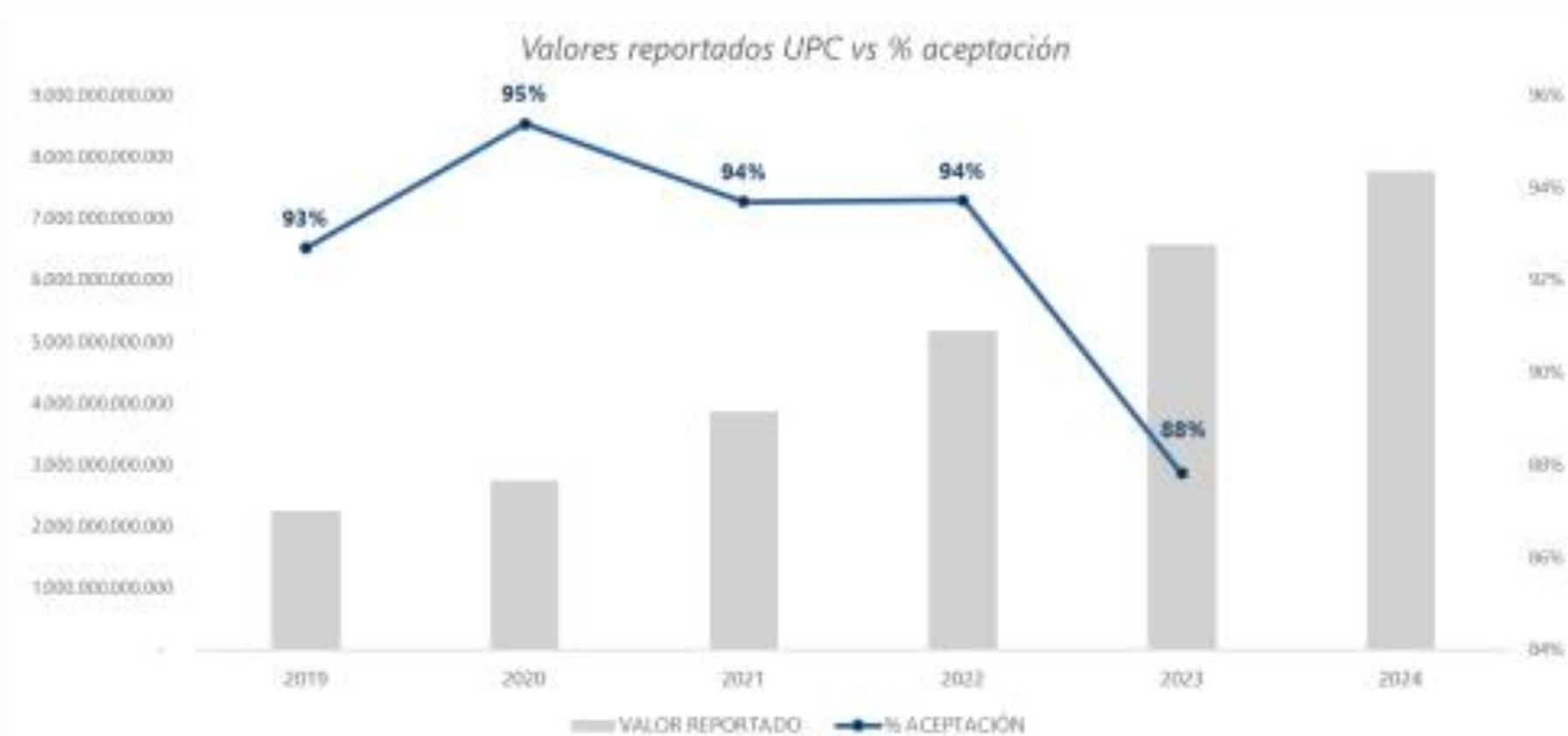
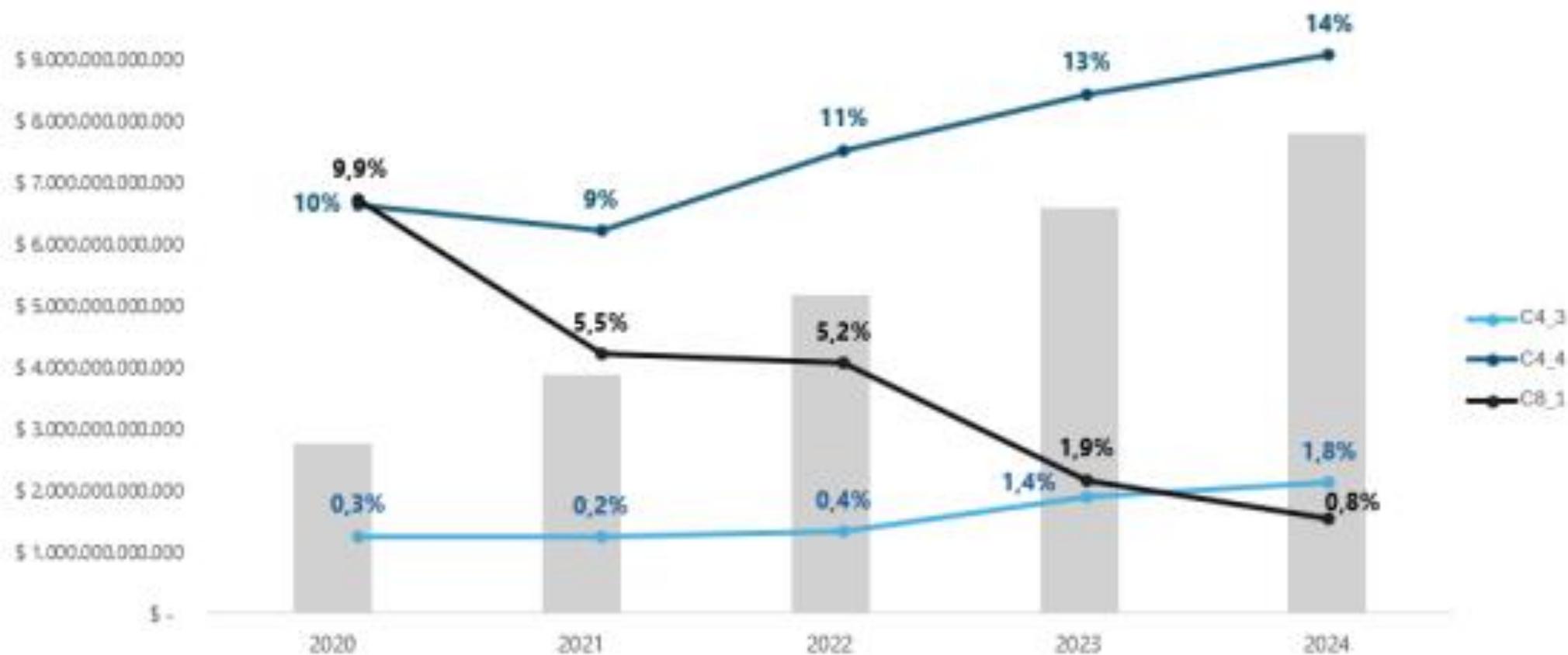


Diagrama de flujo de información y sistemas de información soporte

Valores Reportados Suficiencia de UPC



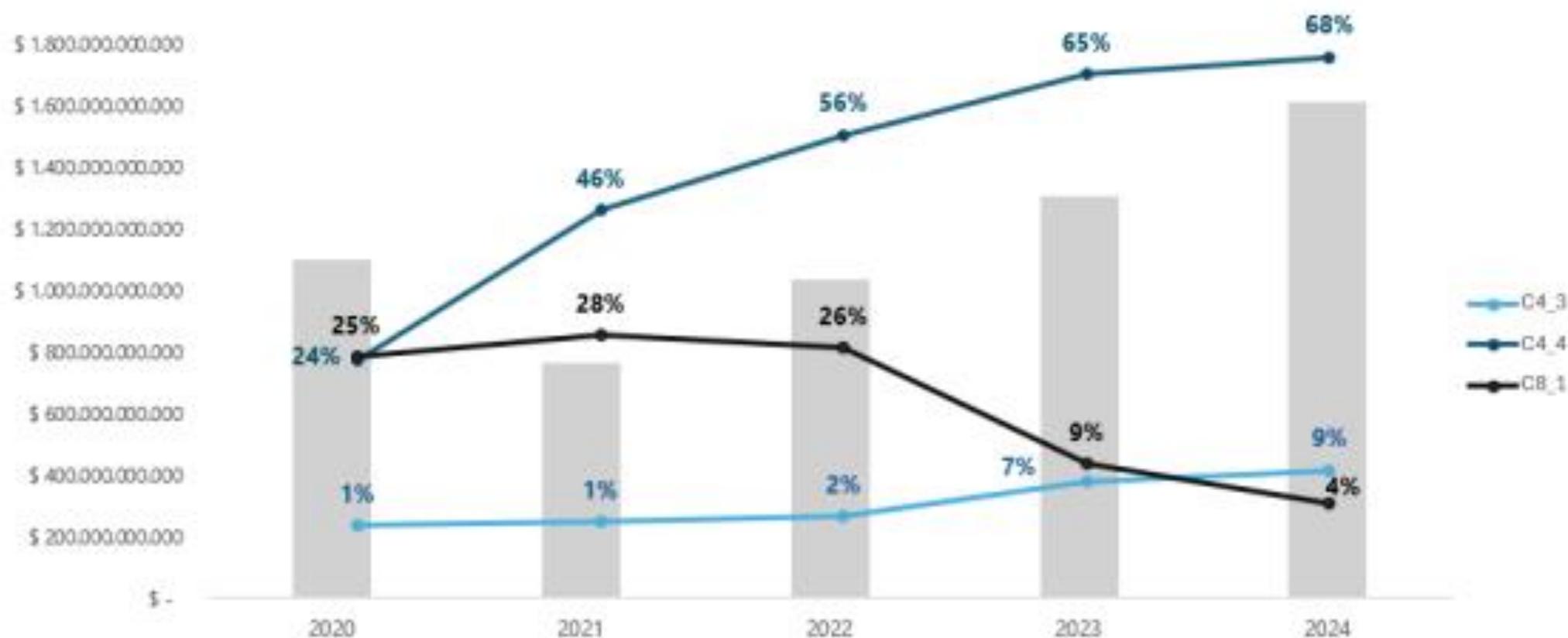
Valores reportados Vs Calidades retroalimentadas



Las calidades retroalimentadas son respondidas en su totalidad de acuerdo con el instructivo de respuesta suministrado.

Tu salud no es a medias debe ser *total*

Calidades más representativas en la retroalimentación de Upc



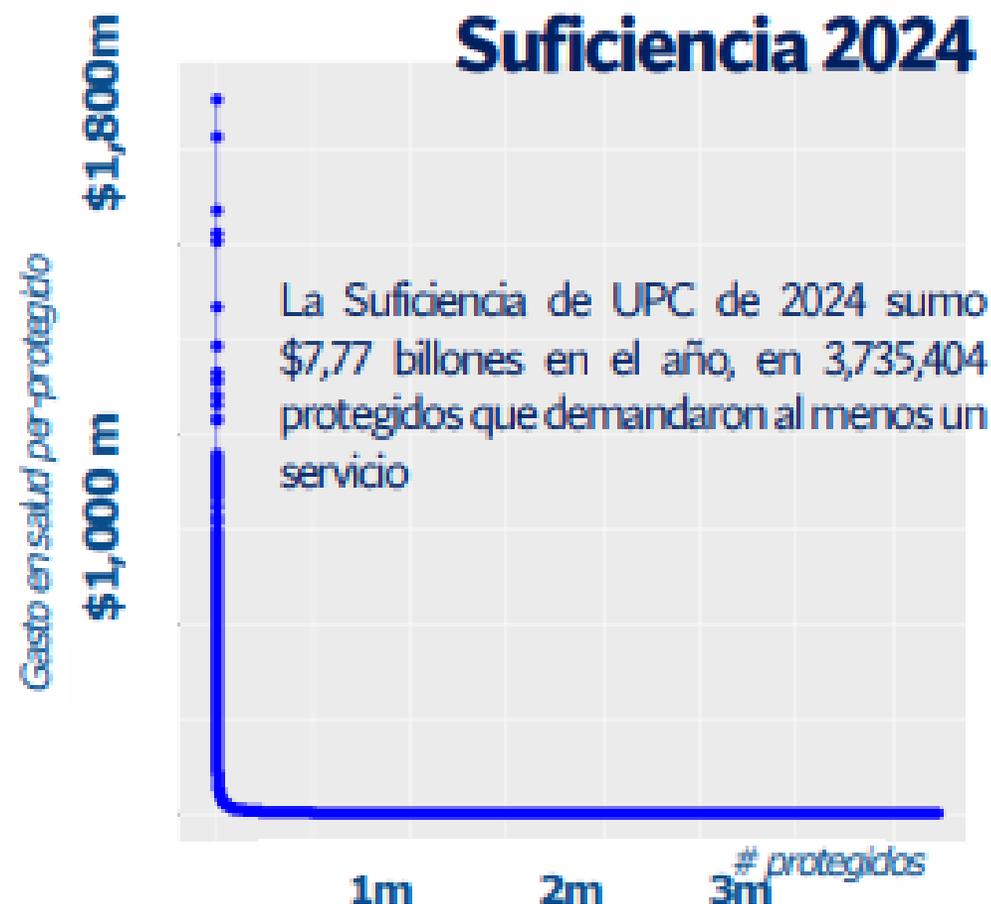
Calidad C4-4: Usuarios con mas de 100 millones año

Calidad C4-3: Usuarios con mas de 1000 actividades año

Análisis

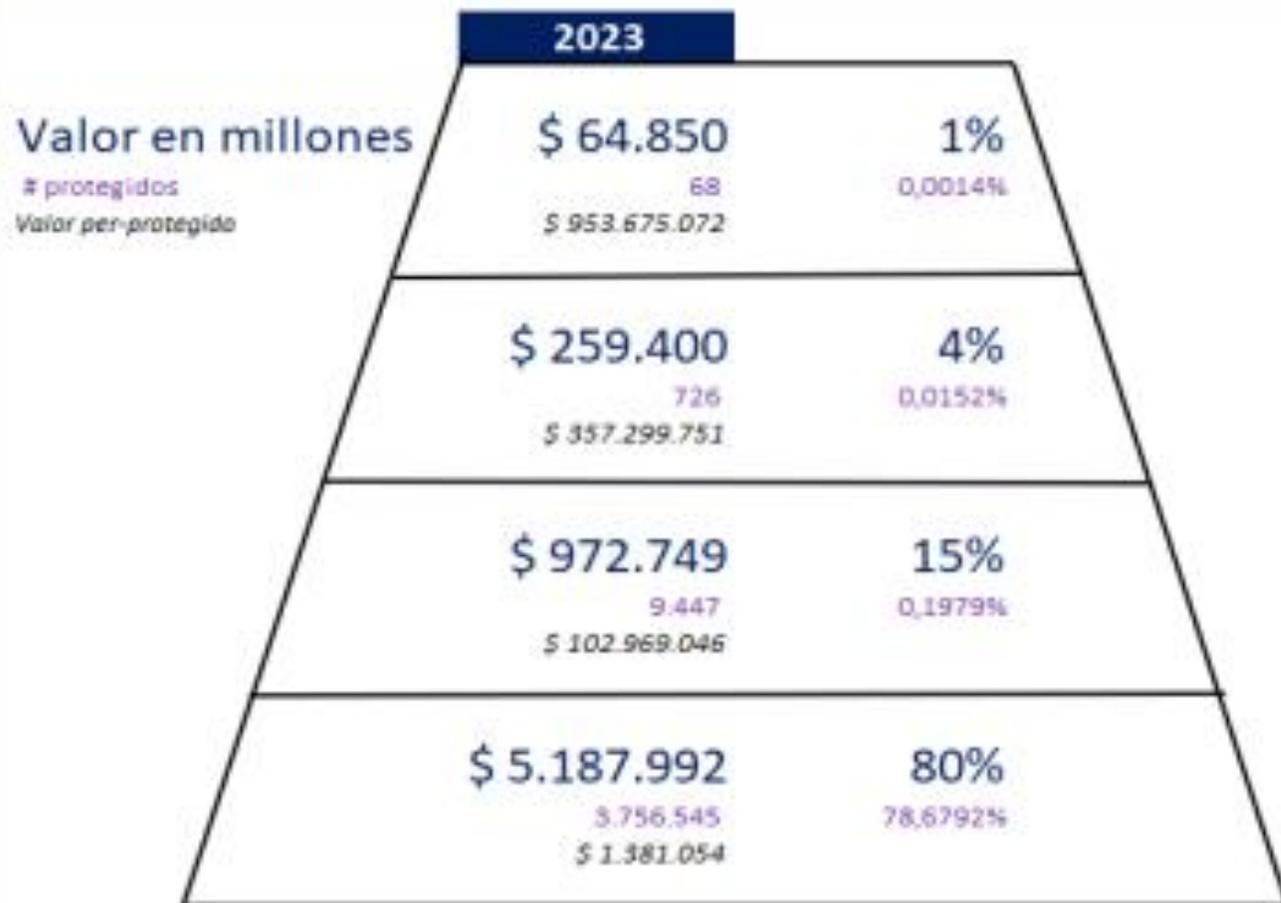
- Las calidades con mayor incremento y representación porcentual en los montos retroalimentados durante los últimos 4 años.
- Hay un esfuerzo significativo en los diferentes equipos de trabajo para la justificación de los protegidos, ya que muchos de ellos se encuentran en dos o más cohortes de riesgo. La cantidad de casos ha aumentado considerablemente: en el año 2023 se registraron 5.570 pacientes, mientras que en el año 2024 la cifra subió a 7.770.
- Los lineamientos actuales para la justificación de esta calidad, en términos de diagnóstico y justificación, son demasiado generales.
- Se trata de servicios efectivamente prestados, donde pueden mediar acciones de tutela, quejas super salud y un impacto en los estados financieros, por ejemplo, para el año 2023 represento el 5% de los valores presentados en UPC estos montos no reconocidos.

La volatilidad del gasto en salud per-protegido es muy alta



La dispersión en los 2 años es similar. Para 2024, el punto máximo es menor frente al 2023.

Tu salud no es a medias debe ser *total*



\$ 6.484.990	100%
Demandantes: 3.766.786	78,8937%
Total protegidos: 4.774.507	100,0000%

\$ 7.770.321	100%
Demandantes: 3.735.404	74,9985%
Total protegidos: 4.980.637	100,0000%

UPC per-protegido **\$ 1.344.563**

UPC per-protegido **\$ 1.510.946**

Tu salud no es a medias debe ser *total*

Protegidos con gasto en salud mayor a \$100 millones

Estadístico		Suficiencia 2023	
<i>Valor Total</i>		\$ 848.382	
<i># de protegidos</i>		4.426	
Grupo	Limite Inferior	Limite Superior	Frecuencia absoluta
1	\$ 100	\$ 303	3.903
2	\$ 303	\$ 506	380
3	\$ 506	\$ 709	86
4	\$ 709	\$ 912	29
5	\$ 912	\$ 1.115	18
6	\$ 1.115	\$ 1.318	3
7	\$ 1.318	\$ 1.521	3
8	\$ 1.521	\$ 1.724	2
9	\$ 1.724	\$ 1.928	-
10	\$ 1.928	\$ 2.131	-
11	\$ 2.131	\$ 2.334	-
12	\$ 2.334	\$ 2.537	1
13	\$ 2.537	\$ 2.740	-
14	\$ 2.740	\$ 2.943	1
15	\$ 2.943	\$ 3.146	-

Estadístico		Suficiencia 2024	
<i>Valor Total</i>		\$ 1.088.730	
<i># de protegidos</i>		5.832	
Grupo	Limite Inferior	Limite Superior	Frecuencia absoluta
1	\$ 100	\$ 228	4.634
2	\$ 228	\$ 355	783
3	\$ 355	\$ 483	234
4	\$ 483	\$ 610	86
5	\$ 610	\$ 738	46
6	\$ 738	\$ 865	18
7	\$ 865	\$ 993	14
8	\$ 993	\$ 1.120	6
9	\$ 1.120	\$ 1.248	4
10	\$ 1.248	\$ 1.375	2
11	\$ 1.375	\$ 1.503	-
12	\$ 1.503	\$ 1.630	3
13	\$ 1.630	\$ 1.758	-
14	\$ 1.758	\$ 1.885	1
15	\$ 1.885	\$ 2.013	1

Tu salud no es a medias debe ser *total*

Protegidos con gasto en salud mayor a \$100 millones

- La volatilidad del gasto en salud per-protegido es muy alta.
- El 20% del gasto en salud es absorbido por el 0.25% de la población protegida (más costosos), y en los 2 años el gasto per-protegido es mayor a \$100 millones en este porcentaje.
- Entre el 75% y el 80% de la población protegida expuesta en cada año, demandará al menos un servicio de salud.
- Con esta volatilidad y concentración per-protegido, la calidad-44 (protegidos con gasto en salud mayor de \$100 millones) supone revisar al menos el 10% del gasto en salud incurrido por la Entidad aseguradora.
- Para 2023, el porcentaje glosado de lo reportado por esta calidad fue de 5.2% del gasto en salud. En espera del resultado para reporte de 2024.

Protegidos con gasto en salud mayor a \$100 millones

- Dado el impacto mostrado, la volatilidad del gasto en salud per-protegido y la concentración de protegidos con gasto en salud mayor a \$100 millones, se propone que esta calidad se actualice anualmente y que se replantee el monto de \$100 millones en un modelo actuarial que contemple la volatilidad y la concentración del riesgo per-protegido.

Calidad C4-4: Usuarios con mas de 100 millones año

Calidad C4-3: Usuarios con mas de 1000 actividades año

Opciones de mejora

- Las retroalimentaciones deben generarse en forma trimestral, incluyendo las calidades C4_3 y C4_4
- Conocer el detalle de los protegidos no reconocidos y las causas, con el fin de retroalimentar a las áreas que generan la respuesta de éstas calidades
- Actualización al documento de Lineamientos para dar respuesta a estas calidades en términos de cual debe ser el Diagnostico principal, argumentos clínicos, administrativos o jurídicos, en busca de reducir las inconsistencias.
- Definir si se requiere el envío de soportes adicionales para soportar estas calidades y en caso que las justificaciones no sean suficientes plantear un espacio de conciliación o validación, dado el impacto que tienen.

Calidad 8_1 Valores Atípicos

- Servicios efectivamente prestados, en donde pueden existir acciones de tutela, quejas ante la Supersalud y para garantizar la prestación efectiva de los servicios se da visto bueno a cotizaciones o presupuestos generados por algún prestador.
- Servicios considerados simple pero en los cuales dada la complejidad del caso el procedimiento tiene una tarifa mas elevada que el promedio pactado y/o facturado por los diferentes prestadores .
- Los honorarios de 1 er y 2do especialista de la misma especialidad que tiene una tarifa mas elevada ocurre en procedimientos Qx de oncología, neurocirugía, entre otros
- Tecnologías en salud de alta especificidad con tarifas mas elevadas que el evidenciado con otros prestadores pero en donde desde el inicio no es posible argumentar esto al enviar el registro.
- El impacto en los estados financieros, por ejemplo para el año 2023 represento el 2% de los montos presentados en UPC.
- Esfuerzo significativo en los equipos de trabajo para la justificación esta calidad en el año 2023, fueron 707.390 registros.

Calidad C8_1 Valores Atípicos

No.	Sucursal	NIT	NOMBRE IPS	CUPS	SERVICIO	VALOR	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	PROTEGIDO(A)
2	VALLE DEL CAUCA	890307200	CLÍNICA IMBANACO S.A.S.	2096070000	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR SIN PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS	\$ 92.293.590	67025842	CLAUDIA PATRICIA CASTILLO SANTIAGO

Clinica Imbanaco
Especialización de Servicios

Presupuesto

SANTANDRE DE CALI, 23 DE FEBRERO DE 2018

ORIGEN: 61771-0014

Señores:
Salud Total, SPA S.A.
 Ciudad

Asunto: PRESUPUESTO INICIATIVA CLASIFICACION CASTILLO SANTIAGO - IDENTIFICACION CC-67025842 ESTE PRESUPUESTO RESPONDE AL ORIGEN 61771-0014

De acuerdo con su solicitud, se continúa presentando el presupuesto requerido.

1. Descripción Procedimiento

Código	20967
Procedimiento	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR SIN PRESERVACION DE RESTOS AUDITIVOS

Especialista: DR. JORGE GUSTAVO CARRERA ORTIZ

VALOR TOTAL GENERAL APROXIMADO: \$92.293.590,00

2. PRESUPUESTO UNIDADES CON DESCRIPCION DE LOS MATERIALES REQUERIDOS PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS:

DESCRIPCION Y/O SERVICIOS ESPECIALES*	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
HONORARIO PROCEO COLEURO	1	35.000.000,00	35.000.000,00
HONORARIO PROCEO ANAGRAFIA OMBREAJE	1	12.000.000,00	12.000.000,00
HONORARIO PROCEO ANESTESIOLOGICO	1	34.143.400,00	34.143.400,00
IMPLANTE COCLEAR LA TIPO TECNOLÓGICA ALTA DE CON PROCESADOR PARA MARBOTE	1	67.050.190,00	67.050.190,00

* Valor de honorarios y/o servicios según lo contractado.
 † No está incluido en el plan obligatorio de salud.

Cotización con el detalle de los honorarios, pero por la tarifa se genera glosa por Valor Atípico

Calidad C8_1 Valores Atípicos

No. Sucursal	NIT	NOMBRE IPS	CUPS	SERVICIO	VALOR	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	PROTEGIDO(A)	
1	Sucre	900465319	OINSAMED SAS	3952200000	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	\$ 107.350.000	9106267	JAIRO ALFONSO GALLO GAMARRA

OINSAMED S.A.S
LA MISERICORDIA CLINICA INTERNACIONAL
NIT: 900465319-4
Dirección: Carrera 74 No 70-91 BARRANQUILLA - ATLANTICO

RESOLUCION DIA FACTURA POR COMPUTADOR NO. DE AUTORIZACION DEL AL

Fecha de Creación: 23 de diciembre de 2024 Cotización No. EM00081525 PÁGINA 1 DE 1

DATOS DEL CORVENIO				DATOS DEL PACIENTE			
Razón Social:	SALUD TOTAL			Nombre:	JAIRO ALFONSO GALLO GAMARRA		
NIT:	900465319-4			Documento:	9106267		
Dirección:	CONTRA			Dirección:			
Teléfono:	Tarifa:			Teléfono:	Edad:		
Ciudad:	BARRANQUILLA			Parentesco:	Estrato: NIVEL 1		
Vigencia:	12 Días			Ingresos:	Egresos:		
Adscripción No.:	Póliza No.:			Municipio:	BARRANQUILLA - ATLANTICO		
				Autorización No.:	Estrato:		

- DETALLE DE SERVICIOS HOSPITALARIOS -							
Código Institucional	Código Homólogo	Servicio	Proveedor	Cant.	Vr. Unitaria	IVA	Valor
395220		REPARACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)		1	\$ 107.350.000		\$ 107.350.000
		HONORARIOS DE ESPECIALISTA				2	-
		HONORARIOS ANESTESIOLOGO				2	-
		DIRECCION DE SALA				2	-
		MATERIALES DE SUTURA Y CURACION				2	-
		ENDOPROTESIS ABDOMINAL		1		5	-
		EXTENSION ELACA		1		5	-
		GUÍA TORACICA LINDER		1		5	-
		GUAS ROSEN		1		5	-
						1	-
						1	-
						1	-
						1	-
						1	-

Servicio que cuenta con cotización de paquete

Calidad C8_1 Valores Atípicos

No.	Sucursal	NIT	NOMBRE IPS	CUPS	SERVICIO	VALOR	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	PROTEGIDO(A)
3	VALLE DEL CAUCA	890307200	CLÍNICA IMBANACO S.A.S.	352003	REEMPLAZO DE VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)	\$ 201.868.409	1006172159	PAULA ANDREA VALENCIA MURILLO

SERVICIO DE CALIDAD (SIC)

ENOS-001-001

Salud
Salud Total IPS S.A.

Nombre: PROYECTO PACIENTE: PAULA ANDREA VALENCIA MURILLO - IDENTIFICACION: 1006172159
SIN PROCEDIMIENTO REEMPLAZO VALVULA ENDOVASC.

Se recomienda la calidad, a continuación presentamos el procedimiento requerido:

A. Procedimiento Autorizado

Proyecto:	REEMPLAZO DE VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)
Procedimiento:	REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR
Código:	352003

VALOR TOTAL GENERAL AUTORIZADO: \$201.868.409,00

A. PROCEDIMIENTO AUTORIZADO Y SU DESGLOSE EN LOS SERVICIOS QUE LO INTEGRAN (CÓDIGOS CUPS)

SERVICIO Y/O SERVICIOS ESPECIALIZADOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PROYECTO CON REEMPLAZO DE VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)	1	\$201.868.409,00	\$201.868.409,00
REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)	1	\$201.868.409,00	\$201.868.409,00
REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)	1	\$201.868.409,00	\$201.868.409,00
REEMPLAZO DE LA VALVULA PULMONAR VIA PERCUTANEA ENDOVASCULAR (SIN DISPOSITIVO)	1	\$201.868.409,00	\$201.868.409,00

*Toda los valores en millones según la moneda.

† No está incluido el valor del diagnóstico de salud.

Servicio que
cuenta con
cotización de
paquete

Cotizaciones por IPS de servicios – Valores atípicos

EPS SALUD TOTAL SA

No.	Sucursal	NIT	NOMBRE IPS	CUPS	SERVICIO	VALOR	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	PROTEGIDO(A)
4	RISARALDA	890307200	CLÍNICA IMBANACO S.A.S.	B67106	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR	\$ 107.412.000	24694418	ANDREA MILDRED GOMEZ ANGEL



Clínica Imbanaco
Presupuesto

VALOR TOTAL: \$107.412.000

Nombre del paciente: ANDREA MILDRED GOMEZ ANGEL

Diagnóstico: COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR	1	\$107.412.000	\$107.412.000

Servicios Qx simple pero con tarifa diferencial dado el cuadro clínico del paciente y el prestador donde se realiza.

Calidad 8_1 Valores Atípicos

Opciones de mejora

- Las retroalimentaciones deben generarse en forma trimestral y con opción de realizar la justificación argumentada.
- Actualización al documento de Lineamientos para dar respuesta a estas calidades en términos de cual debe ser el Diagnostico principal, argumentos clínicos, administrativos o jurídicos, en busca de reducir las inconsistencias.
- Definir si se requiere el envío de soportes adicionales de esta calidad y en caso que las justificaciones no sean suficientes plantear un espacio de conciliación o validación, dado el impacto que tienen.

GRACIAS

Ahora son **5 millones** de afiliados
quienes confían en nosotros

Calidad de la Información para el cálculo de UPC

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento
Ministerio de Salud y Protección Social –
Agosto 2025 – Colombia



Contenido

- 1** Tipo, fuentes y entidades que reportan información para el cálculo de la UPC
- 2** Marco legal sobre la solicitud, recepción y organización de la información enviada por las EPS y demás EOC para la conformación de la Base de Datos de Prestación de Servicios (BD-PS)
- 3** Estructura de calidades para la validación de información de la BD-PS
- 4** Análisis de la relación entre la facturación de las EPS y la BD-PS
- 5** El Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA)



1. Tipo, fuentes y entidades que reportan información para el cálculo de la UPC



Tipo, fuentes y entidades que reportan información para el cálculo de la UPC

TIPO DE INFORMACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	ENTIDAD QUE ENTREGA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Población	Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)	ADRES	Características del aseguramiento
	Base de datos de la Compensación (HAC)	ADRES	Características de la población expuesta
	Base de datos de la Liquidación Mensual de Afiliados del (LMA)	ADRES	Características de la población expuesta
	Archivos de proyección oficial de población, por edad, sexo y ubicación geográfica	DANE	Características poblacionales, regionales y factor de ajuste
Prestación de servicios de plan de beneficios y UPC	Base de datos de prestación de servicios (BD-PS)	EPS	Costos por servicios de salud/Costo médico
	Estados financieros reportados por aseguradoras	SuperSalud	Ingresos/Otros ingresos

La descripción y detalle de las variables se encuentra disponible en cada uno de los Estudios Técnicos para el Cálculo de la UPC (2006-2025): <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

2. Marco legal sobre la solicitud, recepción y organización de la información enviada por las EPS y demás EOC para la conformación de la Base de Datos de Prestación de Servicios (BD-PS)



Marco legal

Tabla 1 Normatividad aplicable a servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	"Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud"
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Resolución 3384 del 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004 (noviembre 26)	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para IVE
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 2933 de 2006	Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al FOSYGA

Marco legal

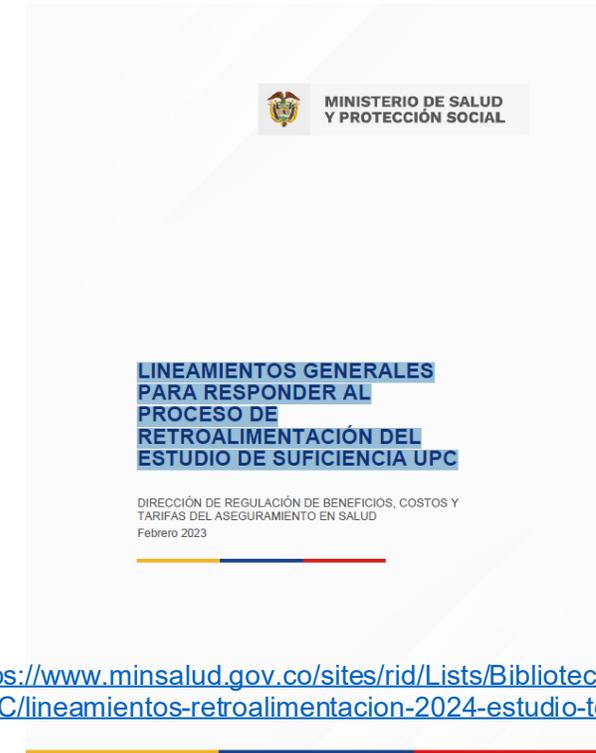
Resolución Minsalud 2481 de 2020	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones
Resolución Minsalud 2503 de 2020	Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 2238 de 2020	Por la cual se actualiza la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 126 de 2021	Por la cual se modifica la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de incluir el procedimiento de administración de la vacuna contra el SARS CoV 2 [COVID-19]
Resolución 2381 de 2021	Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2292 de 2021	Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 2077 de 2021	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 2808 de 2022	Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 2809 de 2022	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financie los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones
Resolución 2364 de 2023	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Solicitud de Información



Lineamientos generales para responder al proceso de retroalimentación del estudio de suficiencia UPC



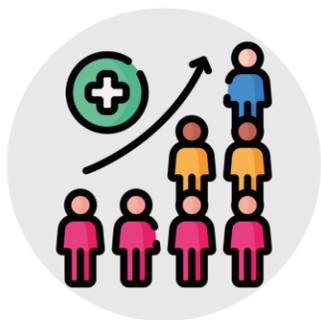
Establecer la información sobre las prestaciones de servicios en salud realizadas a la población afiliada a las EPS en el SGSSS durante la vigencia 2022, que servirá como insumo para determinar las frecuencias y los costos de los servicios y realizar el Estudio Técnico de la UPC para financiar los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Documento que expone las calidades que son aplicadas a la información reportada y los códigos de inconsistencia empleados. Igualmente señala las instrucciones para que las entidades construyan las justificaciones y respuesta a las observaciones realizadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud respecto la información correspondiente al año 2022.

3. Estructura de calidades para la validación de información de la BD-PS



Variables solicitadas a las EPS



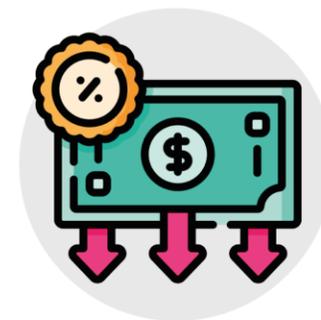
Demográficas

- Tipo y número de identificación del usuario.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Municipio – Departamento de residencia.



Prestación de servicios y epidemiológicas

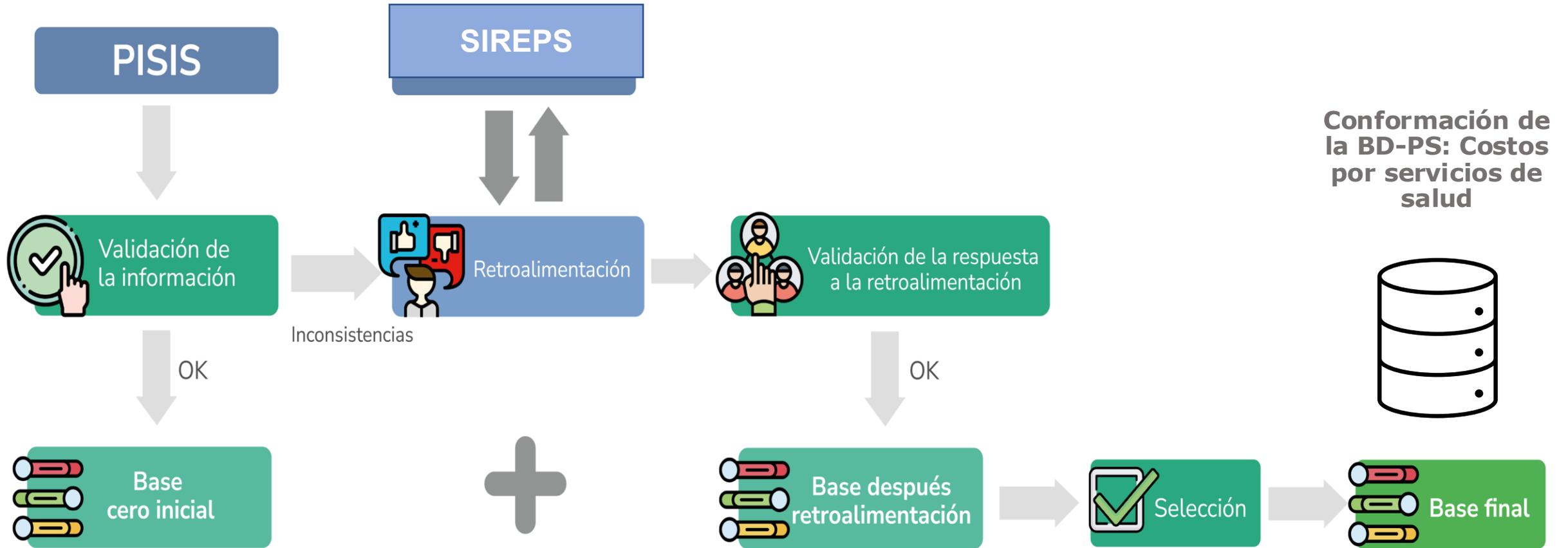
- Código de la EPS.
- Código de la IPS.
- Actividad, intervención, procedimiento, insumo o medicamento.
- Fecha de prestación de servicios.
- Diagnóstico principal.
- Diagnóstico Relacionado.
- Días de estancia.
- Días de tratamiento.
- Ámbito.



Gasto

- Valor del servicio.
- Valor del copago o cuota moderadora.
- Forma de reconocimiento y pago.
- Número de factura.

Flujo de información



Estructura de calidades para la validación de información

Calidades
Grupo de calidad 1 – Estructura: verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.
Grupo de calidad 2 – Contenido: revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.
Grupo de calidad 3 – Cruzada: cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia: <ul style="list-style-type: none">• Tabla CIE-10 con edad y sexo• Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito Hospitalario, días de estancia.• Tabla CUM con cobertura• Tabla de Prestadores reportados con N y C
Grupo de calidad 4 - Personas: verifica en las personas: <ul style="list-style-type: none">• Derechos de los usuarios. Régimen Contributivo contra la base de compensación y para el régimen subsidiado contra la Liquidación Mensual de Afiliados.• Duplicados (sexo y fecha de nacimiento para la misma persona).• Frecuencia (Más de 1000 actividades en un paciente).• Valor (Más de 100 millones de pesos en un paciente).• Puerta de entrada dispensación de medicamentos.• Puerta de entrada dispensación de insumos y dispositivos• Usuario con reporte de sexo diferente al que registra la BDUA.• Usuario con reporte de fecha de nacimiento diferente al que registra la BDUA
Grupo de calidad 5 - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación: <ul style="list-style-type: none">• Durante el día• Durante el año• En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.
Grupo de calidad 7 - Dosis máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.
Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.
Grupo de calidad 9 – Relación CUPS-CIE-10: Verificación de la correspondencia del Procedimiento con el Diagnostico. Cruce con CIE-10.

Grupo de calidad 1 – Estructura

Código	Descripción
C1_1	El nombre del archivo presenta error en el encabezado SUF140ESUF
C1_2	La fecha del nombre del archivo no es válida
C1_3	El NIT de la ENTIDAD no corresponde
C1_4	El código de la ENTIDAD en el registro de control no es válido
C1_5	El rango de fecha no corresponde al periodo solicitado Registro control
C1_6	El número de registros no coincide con el contenido total del archivo Registro Control
C1_7	Tipo de identificación no cumple con la estructura
C1_8	Número de identificación no cumple con la estructura
C1_9	Fecha de nacimiento no cumple con la estructura
C1_10	Sexo no cumple con la estructura
C1_11	Código de municipio no cumple con la estructura
C1_12	Diagnóstico principal no cumple con la estructura
C1_13	Diagnóstico relacionado no cumple con la estructura
C1_14	Fecha de prestación del servicio no cumple con la estructura
C1_15	Código del procedimiento no cumple con la estructura
C1_16	Ámbito de prestación del servicio no cumple con la estructura
C1_17	Forma de reconocimiento no cumple con la estructura
C1_18	Días de estancia no cumple con la estructura
C1_19	Valor del procedimiento no cumple con la estructura
C1_20	Valor de cuota moderadora no cumple con la estructura
C1_21	Valor de copago no cumple con la estructura

Código	Descripción
C1_22	Código de prestador no cumple con la estructura
C1_23	Código CUM no cumple con la estructura
C1_24	Cantidad dispensada no cumple con la estructura
C1_25	Código del procedimiento NO incluido en PBS no cumple con la estructura
C1_26	Código de Medicamento NO incluido en el PBS, no cumple con la estructura
C1_27	El Código de Medicamento incluido en el PBS (ATC), no cumple con la estructura
C1_28	Concentración del medicamento no cumple con la estructura
C1_29	Unidad de concentración del medicamento, no cumple con la estructura
C1_30	Forma Farmacéutica del medicamento, no cumple con la estructura
C1_31	Unidad de medida de la dispensación del medicamento, no cumple con la estructura
C1_32	Cantidad del medicamento incluido en el PBS no cumple con la estructura
C1_33	Fecha de pago no cumple con la estructura
C1_34	Valor pagado no cumple con la estructura
C1_35	El número de la factura no cumple con la estructura
C1_36	Código del insumo no cumple con la estructura
C1_37	Cantidad de insumos suministrados no cumple con la estructura
C1_38	Días de tratamiento no cumple con la estructura
C1_39	Valor medicamento NO PBS no cumple con la estructura
C1_42	Código Forma Farmacéutica no válido
C1_43	Documento no válido
C1_44	Código Dosis Unidad Medida

Grupo de calidad 2 – Contenido

Código	Descripción
C2_2	Tipo de identificación no válido
C2_3	Número de identificación no válido
C2_4	Fecha de nacimiento no válida
C2_5	Sexo no válido
C2_6	Código de municipio no válido
C2_9	Fecha de prestación del servicio no válida
C2_11	Ámbito de prestación del servicio no válido
C2_12	Forma de reconocimiento no válida
C2_13	Los días de estancia no son válidos
C2_14	Valor del servicio no válido
C2_15	Valor de cuota moderadora no válido
C2_16	Valor de copago no válido
C2_19	Cantidad dispensada no válida
C2_29	El número de la factura no es válido
C2_30	Código del insumo, no válido
C2_34	El total de días de estancia supera los 365
C2_36	Comprueba fallecidos contra BDU A

Grupo de calidad 3 – Cruzada

Código	Descripción
C3_1	Cruce CIE10 – SEXO no válido - Diagnóstico Principal
C3_2	Cruce CIE10 – SEXO no válido - Diagnóstico Relacionado
C3_3	El valor debe ser mayor que cero cuando la forma de reconocimiento es S
C3_4	Cruce CIE10 – Rango EDAD no válido - Diagnóstico Principal
C3_5	Cruce CIE10 – Rango EDAD no válido - Diagnóstico Relacionado
C3_6	Cruce CUPS PBS – SEXO no válido
C3_7	Cruce CUPS – AMBITO no válido
C3_8	Procedimiento hospitalario debe tener días de estancia mayor que cero
C3_9	Valor no cumple con artículo tecnologías NoPBS financiadas UPC
C3_10	El código no hace parte del PBS
C3_11	El código hace parte del PBS
C3_12	Código de prestador no válido
C3_13	Código CUM PBS no válido
C3_14	Fecha de prestación del servicio no válida
C3_15	Código forma farmacéutica del medicamento, no válido
C3_16	Concentración del medicamento incluido en el PBS no válida
C3_17	Código unidad de medida dispensación del medicamento, no válido
C3_18	Fecha de nacimiento no válida
C3_20	Código del procedimiento PBS no válido
C3_21	Código NO PBS no válido
C3_22	El diagnóstico principal no válido
C3_23	El diagnóstico relacionado no válido
C3_24	Cruce CUPS NOPBS – SEXO no válido
C3_25	Cruce CUPS no PBS – AMBITO no válido
C3_26	Cruce CUPS – Rango EDAD no válido - Diagnóstico Relacionado
C3_27	El ámbito no es acorde con la actividad diferencial
C3_28	La forma de reconocimiento no es acorde con la actividad diferencial
C3_29	El diagnóstico principal no es acorde con la actividad diferencial
C3_30	El Diagnóstico Relacionado no es acorde con la actividad diferencial
C3_31	El Diagnóstico Relacionado no es acorde con la actividad diferencial
C3_32	El copago no aplica para actividades diferenciales
C3_33	La cuota moderadora no aplica para actividades diferenciales

Grupo de calidad 4 - Personas

Código	Descripción
C4_1	La persona no se encuentra en la base poblacional
C4_2	El usuario está reportado con diferente sexo, fecha de nacimiento
C4_3	El usuario supera 1000 actividades por año
C4_4	El usuario supera los \$100 millones en el año
C4_5	El usuario recibió dispensación de medicamentos sin registro de procedimientos
C4_6	El usuario recibió dispensación de insumos sin registro de procedimientos

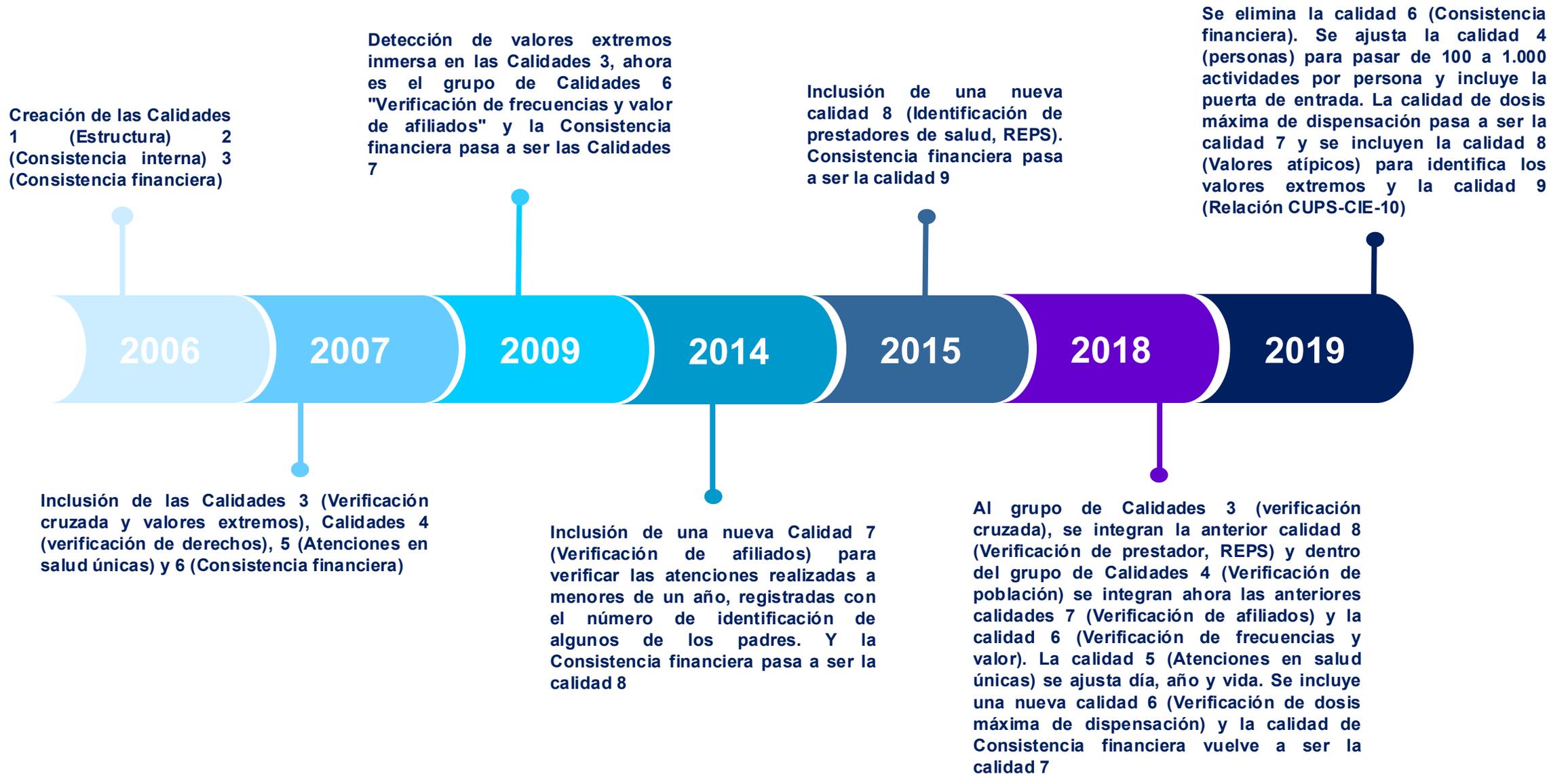
Grupo de calidad 5 - Atenciones

Código	Descripción
C5_1	El procedimiento no puede ser realizado más de una vez al día al mismo paciente
C5_3	El procedimiento no puede ser realizado más de una vez al año al mismo paciente
C5_4	El procedimiento no puede ser realizado más de una vez en la vida del paciente

Grupo de calidades 7-Dosis máxima, 8-Valores Atípicos y 9- Relación CUPS-CIE-10

Código	Descripción
C7_1	La dosis suministrada supera el número máximo de unidades diarias por paciente
C8_1	Valores atípicos
C9_1	Cruce Procedimiento – Diagnóstico no válido

Línea de tiempo calidades para la validación de información



Ejemplo del proceso de mejora continua (2006)

En el Estudio Técnico del año 2006, con la información reportada por las EPS y demás EOC "... se realizó un análisis de caso de las aseguradoras que presentaban soportado el gasto en más del 110% del valor [declarado] y se detectó que se debió al reporte de valores extremos individuales por actividad, intervención, procedimiento o medicamentos que incrementaban el gasto reportado; un ejemplo de ellos son los casos que se muestran en la tabla 7:

Tabla 7. valores extremos reportados en la base de datos de prestación de servicios en el régimen contributivo. Colombia, año 2004

CUPS	Descripción CUPS	Promedio
907002	Coprológico +	\$ 909.999.999
903816	Colesterol de baja densidad (LDL) enzimático	\$ 903.851.678
903813	Cloro (cloruro)	\$ 902.520.912
903859	Potasio +	\$ 902.520.912
902211	Hematocrito +	\$ 900.114.011
903843	Glucosa pre y post prandial	\$ 870.175.695
903815	Colesterol de alta densidad (HDL)	\$ 841.321.572
903825	Creatinina en suero, orina u otros	\$ 794.088.771
902209	Hemograma III (hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica) método automático +	\$ 738.711.697
895100	Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD +	\$ 599.999.999
903839	Gases arteriales (en reposo o en ejercicio)	\$ 599.999.999
906915	Serología (prueba no treponémica) RPR & +	\$ 599.999.999
993103	Vacunación contra meningococo (AC y/o BC) +	\$ 599.999.999

Ejemplo del proceso de mejora continua (2017)

El caso del pembrolizumab (Keytruda®) – Merck Sharp & Dohme–

Cuadro 4-17. Termómetro del recobro

Precio unitario de recobro	Valores en pesos			
	2017	Ene y feb 2018	2018 (Marzo)	2019
Precio Promedio	13.893.390	13.925.362	11.731.463	11.838.856
Precio más alto	17.491.321	17.491.320	23.677.712	11.713.130
Precio mas bajo	11.438.508	11.438.508	11.229.750	11.229.750
Diferencia alto y bajo	6.052.813	6.052.812	12.447.962	483.380

Fuente: ADRES, elaboró DES Social

“En 2017, el precio promedio de recobro ascendió a \$13.893.390, el proveedor que vendió el medicamento más costoso fue Clínica Sanitas S.A. (\$17.491.321), comprado por la E.P.S Sanitas y el proveedor que vendió al menor precio fue la clínica de Occidente sede Cali (\$11.138.508) comprado por la Nueva EPS”. (Contraloría General de la República, 2020)

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS -Relación CIE10 vs Sexo **no** valido-

TIPO_ID	SEXO	COD MUNICIPIO	COD_DIA G_1	COD ACTIVIDAD	AMBITO	FORMA_REC	VALOR
CC	M	000000	C549	20072968-6	A	C	14281
CC	M	000000	C549	19983884-1	A	C	14281
CC	M	000000	C549	20020184-15	A	C	14281
CC	M	000000	C549	20052598-2	A	C	18361
CC	M	000000	C549	20027702-31	A	C	18361
CC	M	000000	C549	19983884-1	A	C	16348
CC	M	000000	C549	55894-6	A	C	16348
CC	M	000000	C549	19981886-8	A	C	18361
CC	M	000000	C549	20072968-6	A	C	16348

Relación CIE10 vs Sexo no valido. **C549 TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL UTERO**

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS -El código **no** hace parte del PBS-

TIPO_ID	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DIAG_1	DIAG_2	STR_COD_ACTIVIDAD	STR_AMBITO	STR_FOR MA_REC	STR_VALOR
CC	1996-07-28	27	M	S013	S013	19917651-1	U	C	21418
CC	1964-04-04	59	F	Z016	Z016	19917651-1	U	C	21418
TI	2006-01-22	17	F	J00X	J00X	15100-1	U	C	21418
CC	1999-05-24	24	M	S600	S600	15100-1	U	C	21418
CC	1994-05-13	29	F	M624	M624	19917651-1	U	C	21418
CC	1981-01-11	42	F	N390	N390	19917651-1	U	C	21418
TI	2005-07-21	18	M	R520	R520	19917651-1	U	C	21418
CC	1993-01-21	30	F	T111	T111	20067651-1	U	C	21418
TI	2010-10-04	13	M	J00X	J00X	15100-1	U	C	21418
PT	1956-05-14	67	M	K021	K021	15100-1	U	C	21418
TI	2009-09-13	14	M	R11X	R11X	15100-1	U	C	21418
TI	2006-05-17	17	F	R509	R509	219605-1	U	C	21418
CC	1971-11-11	52	F	R509	R509	15100-1	U	C	21418

Tecnología no financiada con la Unidad de Pago por Capitación

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS -Relación CIE10 vs Sexo **no** valido y El código **no** hace parte del PBS -

TIPO_ID	DTM_FECHA_NACIMIENTO	NUM_EDAD_CORTE	SEXO	COD_DIAG_1	COD ACTIVIDAD	AMBITO	FORMA_REC	VALOR
CC	1963-03-21	60	M	Z349	C03AH006011	A	C	12.000
CC	1942-09-05	81	M	Z359	J01GE009721	A	C	45.000
CC	1959-06-10	64	M	Z359	19936459-7	A	C	600
CC	1959-06-10	64	M	Z348	19936459-7	A	C	600
CC	1959-06-10	64	M	Z321	19936459-7	A	C	600
CC	1964-10-28	59	M	Z359	19914694-1	A	C	97.170
CC	1980-11-30	43	M	Z349	19931499-1	A	C	45.000
CC	1989-12-28	34	M	N739	19938666-12	A	C	9.975
CC	1959-06-10	64	M	Z124	19936459-7	A	C	600
CC	2002-12-19	21	M	O269	19942777-9	H	S	1.650

Relación CIE10 vs Sexo no valido: **O269** Otros trastornos maternos relacionados con el embarazo

Tecnología no financiada con la Unidad de Pago por Capitación

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS (2022)

-Fecha de prestación **no** válida-

ID REGISTRO	ERROR CAUSA	FECHA_PRESTACION	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	VALOR REPORTADO
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-08-03	M	11	Z948	349778098
000000000	C3_14 /C4_4	2023-01-01	M	43	D66X	275460864
000000000	C3_14 /C4_4	2021-11-04	F	27	A488	249941040
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-11-03	M	30	C840	219300000
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-11-22	F	19	C910	219300000
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-11-26	F	40	C921	219300000
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-12-17	M	23	C910	219300000
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2023-01-05	F	30	D649	161944939
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-12-15	F	67	B572	155318850
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-11-18	M	60	K746	153618800
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-12-02	M	40	R040	151904880
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-11-24	F	10	A419	143023081
000000000	C3_14 /C3_8 /C4_4	2021-10-08	F	66	C842	123165000

“ARTÍCULO 182. De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. **Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud**” (Ley 100 de 1993).

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS (2022)

-Valores atípicos-

CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO	VALOR REPORTADO	VALOR COMPARADOR	DIFERENCIA	%
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 438.226.529	\$ 299.965	\$ 437.926.564	146.093
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 369.621.412	\$ 510.753	\$ 369.110.659	724
C8_1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	\$ 339.418.650	\$ 59.628	\$ 339.359.022	5.692
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 338.150.520	\$ 510.753	\$ 337.639.767	662
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 332.231.010	\$ 299.965	\$ 331.931.045	1.108
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 306.865.976	\$ 510.753	\$ 306.355.223	601
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 237.945.152	\$ 299.965	\$ 237.645.187	793
C8_1	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	\$ 225.122.968	\$ 1.212.344	\$ 223.910.624	186
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 218.313.175	\$ 510.753	\$ 217.802.422	427
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 216.053.913	\$ 299.965	\$ 215.753.948	720
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 214.186.180	\$ 299.965	\$ 213.886.215	714

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS

-Valor (Más de 100 millones de pesos en un paciente)-

CALIDAD	EPS	Afiliado	VALOR	DIAG1	DIAGNOSTICO	JUSTIFICA
C4_4	CCCCC	1	\$ 104.884.441.600	K922	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MULTIPLES INTERNACIONES EN CUIDADOS INTENSIVOS QUE REQUIRIO DE TERAPIA DE HEMOFILTRACION Y MULTIPLES CIRUGIAS INTRAHOSPITALARIAS
C4_4	CCCCC	2	\$ 94.696.625.500	E763	Mucopolisacaridosis no especificada	PACIENTE QUE REQUIERE DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO CON INTERNACIONES MULTIPLES POR SU PATOLOGIA DE BASE Y PAQUETES MENSUALES DE TERAPIAS
C4_4	CCCCC	3	\$ 92.571.924.400	C402	Tumor maligno de los huesos largos del miembro inferior	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE TERAPIAS ANTINEOPLASICAS E INTERNACIONES
C4_4	CCCCC	4	\$ 82.991.286.500	D66X	Deficiencia hereditaria del factor VIII	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	5	\$ 75.963.822.900	C64X	Tumor maligno del rinon, excepto de la pelvis renal	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	6	\$ 71.475.398.600	E770	Defectos en la modificacion postraslacional de enzimas lisosomales	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	7	\$ 70.171.696.300	D682	Deficiencia hereditaria de otros factores de la coagulacion	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	8	\$ 69.104.331.300	C920	Leucemia mieloblastica aguda [LMA]	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIERE DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA
C4_4	CCCCC	9	\$ 68.018.195.400	E770	Defectos en la modificacion postraslacional de enzimas lisosomales	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	10	\$ 66.986.342.600	E770	Defectos en la modificacion postraslacional de enzimas lisosomales	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	11	\$ 61.448.173.300	D595	Hemoglobinuria paroxistica nocturna [Marchiafava- Micheli]	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD HUERFANA CON QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	12	\$ 51.925.912.100	C929	Leucemia mieloides, sin otra especificacion	PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALTO COSTO QUE REQUIRIO DE MEDICAMENTO DE ALTO COSTO MENSUAL
C4_4	CCCCC	13	\$ 50.897.966.000	D66X	Deficiencia hereditaria del factor VIII	PACIENTE MASCULINO CON DX DE HEMOFILIA A SEVERA CON INHIBIDORES DE ALTA RESPUESTA EN TRATAMIENTO CON INMUNOTOLERANCIA CON FECHA DE INICIO EN OCTUBRE DE 2022. RECIBE ACTUALMENTE ESQUEMA DE ITI FACTOR VIII ENRIQUECIDO CON VON WILLEBRAND 1500 UI IV
C4_4	CCCCC	14	\$ 49.012.848.000	G710	Distrofia muscular	PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA QUE REQUIERE DE TERAPIAS, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS E INTERNACIONES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
			\$ 1.010.148.964.500			

Ejemplos de la aplicación de los grupos de calidades BD-PS -Valor (Más de 100 millones de pesos en un paciente)-

EPS	INGRESO UPC	AFILIADOS
Comfaoriente	\$ 348.886.904.766	238.172
Capresoca	\$ 261.472.550.048	171.667
Confachocó	\$ 212.557.160.661	169.085
Pijaos Salud	\$ 172.958.029.665	113.442
Salud Mia	\$ 96.744.325.028	65.918
Salud Bolívar	\$ 4.938.472.686	3.531
Total	\$ 1.097.557.442.854	761.815

Fuente: Contraloría General de la República, INFORME ESTADO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD POR PARTE DE LAS EPS Y LOS PROGRAMAS DE SALUD DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR 01 de enero - 31 de diciembre vigencia 2024

Tabla 2. Valores de referencia de enfermedades de alto costo de 2021

Patologías	Número de afiliados	Valor total	Valor promedio (unitario por afiliado)
Hemofilia B	22	\$ 2.309.906.809	\$ 104.995.764,05
Hemofilia A	151	\$ 11.664.837.952	\$ 77.250.582,46
ERC5 TRR	536	\$ 18.063.057.909	\$ 33.699.734,90
ERC5	348	\$ 10.911.809.074	\$ 31.355.773,20
Leucemia Mieloide Aguda	641	\$ 19.890.793.148	\$ 31.030.878,55
Leucemia Linfoide Aguda	1.876	\$ 48.939.482.753	\$ 26.087.144,32
Cáncer Pulmón	1.264	\$ 20.071.976.781	\$ 15.879.728,47
Linfoma NoHodgkin	4.584	\$ 56.274.301.478	\$ 12.276.243,78
Linfoma Hodgkin	1.644	\$ 17.528.114.958	\$ 10.661.870,41
Cáncer Colorrectal	6.936	\$ 73.159.840.799	\$ 10.547.843,25
Cáncer Mama	22.921	\$ 180.663.156.640	\$ 7.881.992,79
ERC 4	481	\$ 3.061.879.981	\$ 6.365.654,85
Otros Cánceres	47.892	\$ 299.471.263.346	\$ 6.253.054,02
VIH	56.072	\$ 314.714.229.924	\$ 5.612.680,66
Melanoma	1.547	\$ 8.291.175.997	\$ 5.359.519,07
Cáncer Próstata	8.356	\$ 44.294.259.719	\$ 5.300.892,74
DM + ERC 4	498	\$ 2.593.402.652	\$ 5.207.635,85
HTA + DM + ERC 4	9.823	\$ 49.125.406.621	\$ 5.001.059,41
Cáncer Cérvix	9.330	\$ 42.700.216.027	\$ 4.576.657,67
Artritis	36.694	\$ 145.283.028.437	\$ 3.959.312,92
HTA + ERC 4	16.713	\$ 55.638.414.291	\$ 3.329.050,10
Von Willebrand	34	\$ 104.157.096	\$ 3.063.444,00
HTA + DM + ERC1 3	121.787	\$ 368.301.424.718	\$ 3.024.143,99
ERC1 3	18.147	\$ 49.593.766.528	\$ 2.732.890,64
HTA + DM	527.571	\$ 1.387.709.468.858	\$ 2.630.374,81
DM + ERC1 3	25.109	\$ 56.260.493.203	\$ 2.240.650,49
DM	143.777	\$ 316.543.047.046	\$ 2.201.625,07
HTA + ERC1 3	252.584	\$ 521.775.387.217	\$ 2.065.749,96
Otras coagulopatias	23	\$ 41.477.246	\$ 1.803.358,52
HTA	1.444.889	\$ 2.481.021.843.340	\$ 1.717.102,04

Fuente: Rojas, C. A. G., Rocha, S. H., Vanoy, L. A. S., & Merchan, L. A. A. (2024). Valores de referencia para enfermedades en seguimiento por la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia en 2021. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23

Fuente: Elaboración propia con datos de la Cuenta de Alto Costo, gestión del riesgo.

¿Qué efectos generan estos datos para el cálculo de la UPC?

- 1. Sobreestimación del gasto en salud:** si las bases de datos reportan costos artificialmente altos, la UPC se fija por encima de lo necesario, lo que implica un uso ineficiente de los recursos públicos en salud.
- 2. Distorsiones para el ajuste de riesgo entre poblaciones:** el ajuste por riesgo se distorsiona, grupos de riesgo pueden recibir más dinero del que corresponde y otros menos.
- 3. Inestabilidad en el sistema de seguros:** al trabajar con datos adulterados, los cálculos se vuelven más inciertos. Esto obliga a incluir márgenes de seguridad más amplios, encareciendo la prima y reduciendo la sostenibilidad financiera.
- 4. Fomento de la inflación médica estructural:** una prima calculada con costos inflados disminuye los incentivos de eficiencia en todos los actores del sistema.
- 5. Resulta necesaria la aplicación de contrastes a la información reportada**

Información enviada a las EPS para el proceso de retroalimentación

Registros con inconsistencias



Aplicación de Calidades – (Base Inicial vs Base Final 2022)

COD EPS	NOMBRE	BASE INICIAL	BASE FINAL	PORCENTAJ	BASE INICIAL	BASE FINAL	PORCENTAJ
		REGISTROS	REGISTROS		VALOR	VALOR	
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	NO REPORTA	NO REPORTA	0,00%	-	-	0,00%
EAS027	FPSFERROCARRILES NACIONALES	NO REPORTA	NO REPORTA	0,00%	-	-	0,00%
EPS001	ALIANSA LUD	3.623.308	3.292.942	-9,12%	367.924.110.705	311.140.402.899	-15,43%
EPS002	SALUD TOTAL	79.337.404	73.987.459	-6,74%	4.096.204.038.735	3.847.874.394.579	-6,06%
EPS005	SANITAS	77.627.998	72.569.780	-6,52%	5.630.104.516.544	4.768.281.418.134	-15,31%
EPS008	COMPENSAR	23.015.611	21.210.369	-7,84%	3.000.693.189.624	2.710.962.137.930	-9,66%
EPS010	SURA	111.236.234	103.872.764	-6,62%	6.440.718.999.513	5.784.688.736.169	-10,19%
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	6.501.738	5.545.669	-14,70%	356.416.961.303	292.591.138.737	-17,91%
EPS016	COOMEVA	-	-	0,00%	-	-	0,00%
EPS017	FAMISANAR	21.930.416	16.262.489	-25,85%	2.773.529.051.067	1.959.466.307.728	-29,35%
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	15.474.002	14.590.787	-5,71%	986.424.282.604	919.131.987.417	-6,82%
EPS037	NUEVA EPS	132.210.916	126.986.192	-3,95%	6.766.959.835.106	6.268.813.789.972	-7,36%
EPS042	COOSALUD	2.281.125	1.473.781	-35,39%	154.513.291.536	97.905.560.703	-36,64%
EPS044	MEDIMAS	-	-	0,00%	-	-	0,00%
EPS046	FUNDACION SALUD MIA	1.737.654	1.399.534	-19,46%	83.813.331.820	63.612.620.854	-24,10%
EPS048	MUTUAL SER	-	-	0,00%	-	-	0,00%
TOTALES		474.976.406	441.191.766	-7,11%	30.657.301.608.557	27.024.468.495.122	-11,85%

Una vez aplicados los procesos de calidad existe una disminución en los registros del 7,11% y de valor del 11,85%

Criterio de Selección de EPS para el Estudio de Suficiencia



Relación entre el **valor certificado por el representante legal y el revisor fiscal** y el **valor soportado en la base de servicios y tecnologías de salud prestados a la población afiliada.**



Se seleccionan aquellas EPS que soportan un porcentaje del valor igual o superior al 90%.

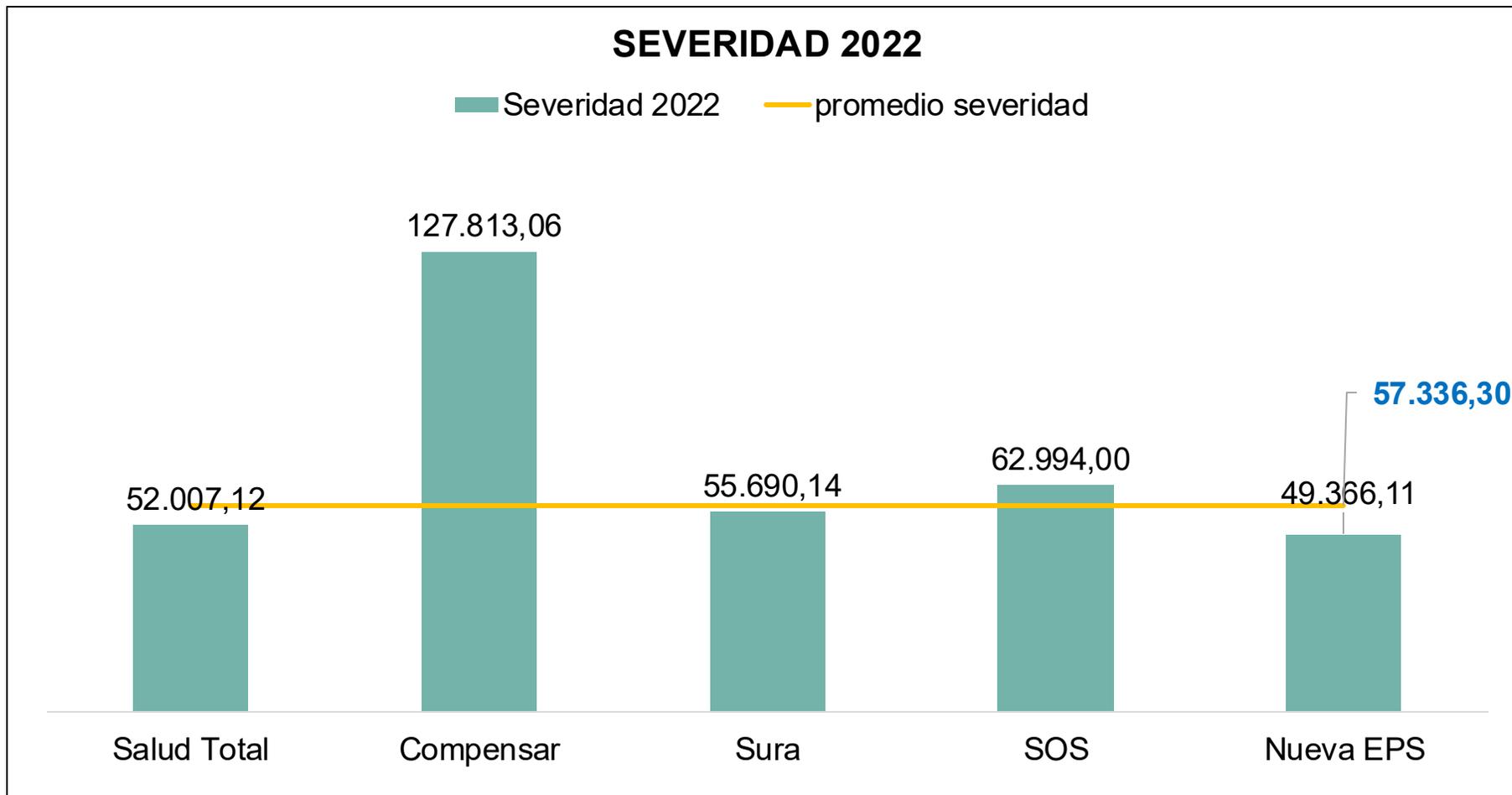
Selección de EPS

COD EPS	NOMBRE	CERTIFICADO DEL GASTO	VALOR TOTAL	%COB	REGISTROS	POBLACIÓN BDUA 31 DIC 2022	SELECCIÓN
EPS002	SALUD TOTAL	4.010.862.164.658	3.847.874.394.579	95,94%	73.987.459	3.285.125	✓
EPS010	SURA	6.313.059.011.891	5.784.688.736.169	91,63%	103.872.764	4.530.308	✓
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	986.424.282.604	919.131.987.417	93,18%	14.590.787	595.133	✓
EPS037	NUEVA EPS	6.622.826.151.009	6.268.813.789.972	94,65%	126.986.192	4.751.069	✓
EPS008	COMPENSAR	3.000.693.189.624	2.710.962.137.930	90,34%	21.210.369	1.767.853	✗
EPS005	SANITAS	5.574.386.299.371	4.768.281.418.134	85,54%	72.569.780	4.201.225	✗
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	356.416.961.303	292.591.138.737	82,09%	5.545.669	233.718	✗
EPS017	FAMISANAR	3.081.258.885.369	1.959.466.307.728	63,59%	16.262.489	2.211.450	✗
EAS016	EPPP DE MEDELLIN	-	-	0,00%	NO REPORTA	7.761	✗
EAS027	FPSFERROCARRILES NACIONALES	-	-	0,00%	NO REPORTA	32.482	✗
EPS001	ALIANSA SALUD	367.924.110.705	311.140.402.899	84,57%	3.292.942	226.980	✗
EPS042	COOSALUD	388.457.377.552	97.905.560.703	25,20%	1.473.781	89.846	✗
EPS046	FUNDACION SALUD MIA	51.908.238.870	63.612.620.854	122,55%	1.399.534	38.906	✗
EPS048	MUTUAL SER	-	-	-	-	-	✗
TOTALES		30.754.216.672.956	27.024.468.495.122		441.191.766	21.971.856	
TOTALES SELECCIÓN		17.933.171.610.162	16.820.508.908.137		319.437.202	13.161.635	
RELACION SELECCIÓN/TOTAL			93,80%		72,40%	59,90%	

Las EPS seleccionadas representan el 93,80% de la certificación del gasto reportado, que representa el 72,40% de los registros y el 60% de la población afiliada al R.C

Selección de EPS- Análisis consistencia interna

COMPENSAR reporta un costo equivalente al 243% del promedio de las demás EPS de la selección



Fuente: Elaboraciones propias DRBCTAS base de estudio de suficiencia información 2022.

RESUMEN RESULTADOS 2022 – COMPENSAR

Consistencias Interna de la Información

General

Se analiza el comportamiento de los elementos principales que intervienen en la prima (Severidad y Frecuencia)

Particular

Si el análisis general presenta alguna alerta se analiza la particularidad de la información

CUPS	DESCRIPCION DE LOS CUPS	VALOR PROMEDIO COMPENSAR	VALOR PROMEDIO OTRAS EPS
452201	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	21.705.985	431.865,04
821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL	5.649.007	113.133,50
028203	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS O TRASDUCTORES)	62.872.350	1.278.529,13
446102	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	39.451.680	880.868,87
904111	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	461.623,33	22.122,13

4. Análisis de la relación entre la facturación de las EPS y la BD-PS



MESAS FINANCIERAS REALIZADAS EN EL AÑO 2024 POR SOLICITUD DE LAS EPS Y SUS AGREMIACIONES

Objetivo de la mesa financiera:

Analizar la información financiera aportada por las Entidades Promotoras de Salud – EPS, y contrastarla con a) la información de la SNS, y b) con la dispuesta en sus sitios web en relación con el pago a prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud.

Entrega de información

Las EPS entregarían la información financiera solicitada por la mesa, de acuerdo con lineamientos estipulados.

EPS Servicio Occidental de Salud -S.O.S-

Comparación de valor total de las actividades en facturas y suficiencia

Valores en millones de pesos

Mes	Valor total facturas	Valor total suficiencia Contributivo	Valor total suficiencia Subsidiado	Valor total suficiencia	Diferencia absoluta	Diferencia relativa
1	\$ 117	\$ 68.088	\$ 8.372	\$ 76.460	-\$ 76.343	-652,56%
2	\$ 22	\$ 70.316	\$ 7.910	\$ 78.226	-\$ 78.204	-3599,09%
3	\$ 7	\$ 79.829	\$ 9.431	\$ 89.260	-\$ 89.253	-12961,13%
4	\$ 16	\$ 62.607	\$ 7.664	\$ 70.271	-\$ 70.255	-4448,30%
5	\$ 155	\$ 77.351	\$ 9.725	\$ 87.076	-\$ 86.921	-561,59%
6	\$ 66.906	\$ 74.916	\$ 8.282	\$ 83.198	-\$ 16.292	-0,24%
7	\$ 57.190	\$ 76.214	\$ 9.772	\$ 85.985	-\$ 28.795	-0,50%
8	\$ 45.193	\$ 82.762	\$ 11.864	\$ 94.627	-\$ 49.434	-1,09%
9	\$ 58.776	\$ 82.398	\$ 11.429	\$ 93.827	-\$ 35.051	-0,60%
10	\$ 42.951	\$ 78.855	\$ 11.111	\$ 89.965	-\$ 47.014	-1,09%
11	\$ 48.050	\$ 80.614	\$ 11.963	\$ 92.577	-\$ 44.526	-0,93%
12	\$ 30.193	\$ 85.183	\$ 13.306	\$ 98.489	-\$ 68.297	-2,26%
Total	\$ 349.575	\$ 919.132	\$ 120.829	\$ 1.039.961	-\$ 690.386	-197,49%

Fuente: Información suministrada por la EPS

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

EPS Capital Salud

Comparación de valor total de las actividades en facturas y suficiencia

Valores en millones de pesc

Mes	Valor total facturas	Valor total suficiencia Contributivo	Valor total suficiencia Subsidiado	Valor total suficiencia	Diferencia absoluta valor	Diferencia relativa valor
1	\$ 68.228	\$ 1.936	\$ 120.351	\$ 122.287	-\$ 54.059	-79,23%
2	\$ 68.403	\$ 1.926	\$ 124.539	\$ 126.465	-\$ 58.063	-84,88%
3	\$ 56.928	\$ 2.347	\$ 106.462	\$ 108.809	-\$ 51.881	-91,13%
4	\$ 57.451	\$ 3.127	\$ 131.414	\$ 134.541	-\$ 77.090	-134,18%
5	\$ 61.066	\$ 3.930	\$ 167.541	\$ 171.471	-\$ 110.404	-180,79%
6	\$ 57.051	\$ 3.707	\$ 139.700	\$ 143.408	-\$ 86.357	-151,37%
7	\$ 46.581	\$ 2.630	\$ 132.143	\$ 134.772	-\$ 88.191	-189,33%
8	\$ 31.883	\$ 3.491	\$ 138.132	\$ 141.623	-\$ 109.740	-344,19%
9	\$ 46.834	\$ 3.204	\$ 141.098	\$ 144.302	-\$ 97.468	-208,12%
10	\$ 44.706	\$ 3.331	\$ 137.006	\$ 140.337	-\$ 95.631	-213,91%
11	\$ 87.994	\$ 3.251	\$ 130.356	\$ 133.607	-\$ 45.613	-51,84%
12	\$ 37.395	\$ 3.116	\$ 117.732	\$ 120.848	-\$ 83.453	-223,17%
Total	\$ 664.521	\$ 35.996	\$1.586.475	\$1.622.471	-\$ 957.950	-144,16%

Fuente: Información suministrada por la EPS CAPITAL SALUD.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

SURA EPS

Comparación de valor total de las actividades en facturas y suficiencia

Valores en millones de pesos

Mes	Valor total facturas	Valor total suficiencia Contributivo	Valor total suficiencia Subsidiado	Valor total suficiencia	Diferencia absoluta valor	Diferencia relativa valor
1	\$ 414.823	\$ 412.877	\$ 21.011	\$ 433.888	-\$ 19.065	-4,60%
2	\$ 442.802	\$ 427.207	\$ 23.758	\$ 450.966	-\$ 8.164	-1,84%
3	\$ 500.604	\$ 503.351	\$ 29.160	\$ 532.511	-\$ 31.908	-6,37%
4	\$ 444.975	\$ 421.882	\$ 26.324	\$ 448.206	-\$ 3.231	-0,73%
5	\$ 539.759	\$ 493.725	\$ 32.542	\$ 526.267	\$ 13.492	2,50%
6	\$ 564.325	\$ 474.130	\$ 31.339	\$ 505.469	\$ 58.857	10,43%
7	\$ 531.274	\$ 488.828	\$ 35.313	\$ 524.141	\$ 7.132	1,34%
8	\$ 519.061	\$ 511.591	\$ 37.433	\$ 549.024	-\$ 29.963	-5,77%
9	\$ 510.084	\$ 515.893	\$ 37.727	\$ 553.620	-\$ 43.536	-8,54%
10	\$ 485.947	\$ 490.693	\$ 36.696	\$ 527.389	-\$ 41.442	-8,53%
11	\$ 510.917	\$ 511.612	\$ 38.345	\$ 549.957	-\$ 39.040	-7,64%
12	\$ 355.530	\$ 532.899	\$ 40.341	\$ 573.240	-\$ 217.710	-61,24%
Total	\$ 5.820.102	\$ 5.784.689	\$ 389.990	\$ 6.174.678	-\$ 354.576	-6,09%

Fuente: Información suministrada por la EPS

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Salud Total EPS

Comparación de valor total de las actividades en facturas y suficiencia

Mes	Valor total facturas	Valor total suficiencia Contributivo	Valor total suficiencia Subsidiado	Valor total suficiencia	Diferencia absoluta valor	Diferencia relativa valor
1	\$ 283.555	\$ 270.319	\$ 44.780	\$ 315.099	-\$ 31.544	-11,12%
2	\$ 320.349	\$ 283.981	\$ 47.772	\$ 331.752	-\$ 11.403	-3,56%
3	\$ 412.902	\$ 329.027	\$ 60.404	\$ 389.432	\$ 23.470	5,68%
4	\$ 392.439	\$ 301.208	\$ 74.243	\$ 375.451	\$ 16.988	4,33%
5	\$ 319.209	\$ 291.898	\$ 76.517	\$ 368.416	-\$ 49.207	-15,42%
6	\$ 404.063	\$ 318.495	\$ 80.482	\$ 398.977	\$ 5.086	1,26%
7	\$ 437.662	\$ 325.246	\$ 95.193	\$ 420.439	\$ 17.223	3,94%
8	\$ 443.756	\$ 352.371	\$ 105.892	\$ 458.263	-\$ 14.507	-3,27%
9	\$ 463.913	\$ 375.660	\$ 113.892	\$ 489.552	-\$ 25.639	-5,53%
10	\$ 451.485	\$ 359.806	\$ 114.149	\$ 473.955	-\$ 22.469	-4,98%
11	\$ 491.061	\$ 359.243	\$ 111.191	\$ 470.434	\$ 20.627	4,20%
12	\$ 460.283	\$ 280.621	\$ 79.723	\$ 360.344	\$ 99.939	21,71%
Total	\$ 4.880.677	\$ 3.847.874	\$ 1.004.240	\$ 4.852.114	\$ 28.563	0,59%

Fuente: Información suministrada por Salud Total EPS

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Famisanar EPS

Comparación de valor total de las actividades en facturas y suficiencia

Valores en millones de pesos

Mes	Valor total facturas	Valor total suficiencia contributivo	Valor total suficiencia subsidiado	Valor total suficiencia	Diferencia absoluta valor	Diferencia relativa valor
1	\$ 276.952	\$ 141.061	\$ 26.131	\$ 167.192	\$ 109.760	39,63%
2	\$ 286.045	\$ 146.852	\$ 29.126	\$ 175.979	\$ 110.066	38,48%
3	\$ 314.835	\$ 164.719	\$ 34.001	\$ 198.720	\$ 116.114	36,88%
4	\$ 338.918	\$ 157.758	\$ 32.889	\$ 190.647	\$ 148.271	43,75%
5	\$ 327.953	\$ 169.066	\$ 39.373	\$ 208.439	\$ 119.514	36,44%
6	\$ 344.597	\$ 171.322	\$ 37.943	\$ 209.265	\$ 135.332	39,27%
7	\$ 328.446	\$ 166.215	\$ 39.481	\$ 205.697	\$ 122.749	37,37%
8	\$ 357.746	\$ 175.441	\$ 42.631	\$ 218.072	\$ 139.674	39,04%
9	\$ 335.207	\$ 170.358	\$ 44.190	\$ 214.548	\$ 120.660	36,00%
10	\$ 348.730	\$ 175.485	\$ 55.169	\$ 230.654	\$ 118.076	33,86%
11	\$ 341.453	\$ 173.515	\$ 53.688	\$ 227.203	\$ 114.250	33,46%
12	\$ 219.523	\$ 147.674	\$ 50.197	\$ 197.871	\$ 21.653	9,86%
Total	\$ 3.820.406	\$ 1.959.466	\$ 484.819	\$ 2.444.286	\$ 1.376.120	36,02%

Fuente: Información suministrada por la EPS FAMISANAR.

Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

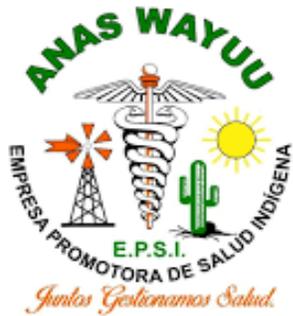
IPS con mayor valor facturado: teniendo en cuenta que los valores facturados se destacan los siguientes casos:

- **Capital Salud:** la Red Pública de la ciudad de Bogotá D.C (Subred Norte, Sur Occidente, Centro Oriente) facturó en 2022 el 66,7% con la red pública de la ciudad de Bogotá D.C. (Subred Norte, Sur Occidente, Centro Oriente)
- **Comfenalco:** El Centro Médico Imbanaco de Cali facturó el 36% de los recursos en 2022
- **Famisanar:** Las IPS Colsubsidio y Cafam facturaron el 46% de los recursos, en 2022.
- **Salud Total:** Las IPS Virrey Solís IPS S.A, Clínica Los Nogales, y Centro Policlínico del Olaya facturaron en 2022 el 26,9% de los recursos.
- **SOS:** La Fundación Valle de Lili facturó en 2022 el 41% de los recursos.
- **SURA:** IPS Servicios de Salud IPS Suramericana S.A.S y Ayudas Diagnosticas Sura S.A.S. facturaron en 2022 el 14,34% de los recursos.

Análisis de frecuencia y severidad EPS indígenas - presentación de resultados

ANAS WAYUÚ

ANÁLISIS COMPORTAMIENTO UPC EPS INDÍGENAS



GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA
MALLAMAS
El Autocuidado en salud Para Un Buen Vivir !



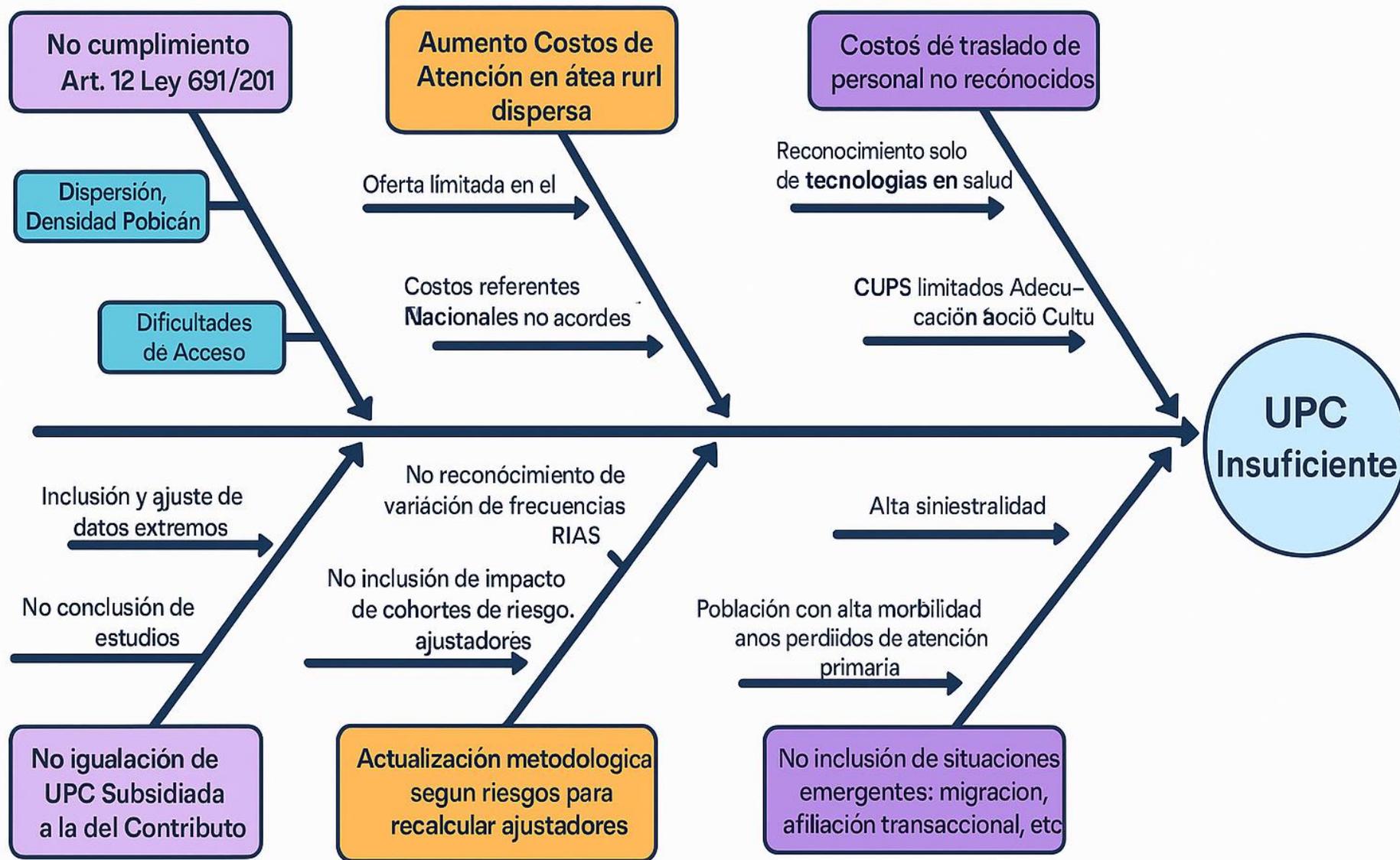
- **JUAN CARLOS JARAMILLO ORDOÑEZ**
- **DELEGADO**

Introducción

- Las EPS Indígenas enfrentan una insuficiencia estructural en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que limita su capacidad para garantizar atención integral y culturalmente adecuada.
- El modelo actual de cálculo de la UPC no incorpora variables epidemiológicas, territoriales ni socioculturales propias de los pueblos indígenas.
- Esta omisión genera una alta siniestralidad financiera, especialmente en poblaciones pediátricas, adolescentes y con enfermedades de alto costo.

Aspectos no considerados

- **Variables epidemiológicas diferenciadas.** Situaciones como la alta prevalencia de desnutrición, enfermedades tropicales o enfermedades crónicas no transmisibles en comunidades indígenas.
- **Aspectos normativos de las EPSI:**
 - Exigencia de enfoque diferencial (Ley 691 de 2001 y Decreto 1953 de 2014).
 - Sostenibilidad financiera con modelos propios (Resolución 2626 de 2019).
- **Determinantes territoriales:** dispersión geográfica, accesibilidad y costos logísticos en zonas rurales dispersas.
- **Condiciones de afiliación** (migración temporal, informalidad en el registro).
- **Costos operativos elevados** por barreras culturales y logísticas



Objetivo, enfoque y metodología utilizada

- **Objetivo general:** Evaluar la suficiencia de la UPC asignada a las EPS Indígenas en Colombia, identificando brechas estructurales y proponiendo ajustes técnicos y normativos, en consideración a la ordenanza de la corte constitucional a través del auto 007 de 2025.
- **Enfoque:**
 - Intercultural, técnico-actuarial y territorial.
 - Reconocimiento de determinantes sociales, epidemiológicos y logísticos que afectan el riesgo en salud.
- **Metodología general:**
 - Estudio descriptivo-analítico retrospectivo.
 - Integración de fuentes oficiales (LMA, CAC, RIPS, Reportes de Suficiencia).
 - Análisis multivariado de frecuencia, severidad y siniestralidad.

**Fuentes: LMA (ADRES),
Cuenta de Alto Costo,
RIPS, Reportes
MINSALUD.**

Variables clave:

- Demográficas: edad, sexo, migración, afiliación forzosa.
- Epidemiológicas: cohortes de riesgo (cáncer, VIH, ERC, etc.).
- Financieras: costo per cápita, siniestralidad, frecuencia de uso.
- Operacionales: costos logísticos, servicios no PBS.

Cálculos:

- Siniestralidad = $\text{Costo total} / \text{Ingreso UPC}$.
- Frecuencia de uso, intensidad, cobertura, costo medio por agrupador.

Caracterización EPSI

Indicador	Anas Wayuu	Pijaos Salud	Mallamas	Promedio EPSI	Variación (%)
Total afiliados	272,008	113,578	410,922	265,503	±35–54%
% Régimen Subsidiado	97.68%	94%	93.62%	95.1%	±2.7%
% Población Indígena	67.8%	70.6%	63.58%	67.3%	±5.2%
% Ruralidad	65%	74%	81%	73.3%	±11.3%

Equivalencia por sensibilidad

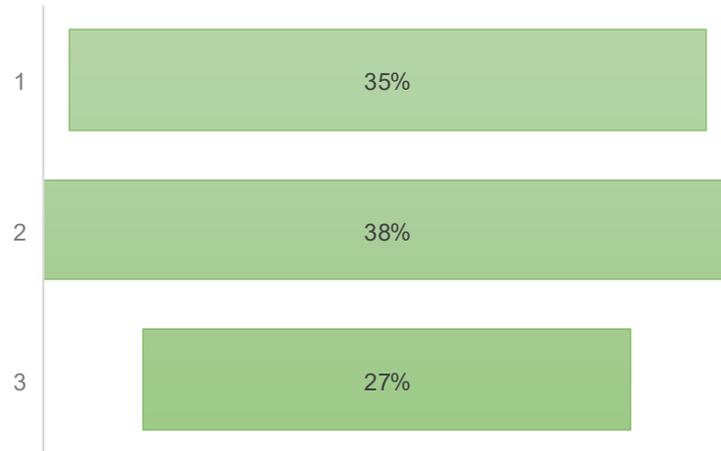
$\Delta = 5$
p.p.

Indicador	Par	Dif (p.p.)	IC90% bajo	IC90% alto	p_TOST_max	Equivalencia
% régimen subsidiado	Anas Wayuu vs Pijao Salud	3.68	3.55	3.81	0.0	Equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	4.06	3.98	4.14	0.0	Equivalente
	Pijao Salud vs Mallamas	0.38	0.25	0.51	0.0	Equivalente
% población indígena	Anas Wayuu vs Pijao Salud	-2.8	-3.07	-2.53	0.0	Equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	4.22	4.03	4.41	0.0	Equivalente
	Pijao Salud vs Mallamas	7.02	6.77	7.27	1.0	No equivalente
% población en zona rural	Anas Wayuu vs Pijao Salud	-9.0	-9.26	-8.74	1.0	No equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	-16.0	-16.18	-15.82	1.0	No equivalente
Indicador	Par	Dif (p.p.)	IC90% bajo	IC90% alto	p_TOST_max	Equivalencia
% régimen subsidiado	Anas Wayuu vs Pijao Salud	3.68	3.55	3.81	0.0	Equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	4.06	3.98	4.14	0.0	Equivalente
	Pijao Salud vs Mallamas	0.38	0.25	0.51	0.0	Equivalente
% población indígena	Anas Wayuu vs Pijao Salud	-2.8	-3.07	-2.53	0.0	Equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	4.22	4.03	4.41	0.0	Equivalente
	Pijao Salud vs Mallamas	7.02	6.77	7.27	0.5515	No equivalente
% población en zona rural	Anas Wayuu vs Pijao Salud	-9.0	-9.26	-8.74	1.0	No equivalente
	Anas Wayuu vs Mallamas	-16.0	-16.18	-15.82	1.0	No equivalente

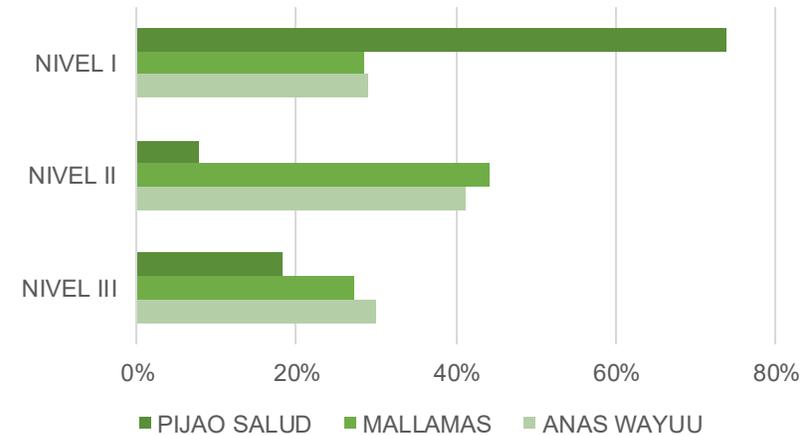
$\Delta = 7$
p.p.

Costo PBS Por Nivel De Complejidad 2024

% COSTO POR NIVEL DE ATENCIÓN



% COSTO POR NIVEL DE ATENCIÓN por EPSI



Niveles	AFILIADOS	CANTIDAD	COSTO
NIVEL I	555.265	122.731.131	418.022.941.295
NIVEL II	290.575	110.491.657	451.351.151.702
NIVEL III	51.642	57.711.241	320.077.352.417
TOTAL	725.058	290.934.029	1.189.451.445.414

NIVEL	AFILIADOS ATENDIDOS	COSTO PROM. AFILIADO	INTENSIDAD USO	%COSTO
NIVEL I	555.265	\$ 752.835	221,03	35%
NIVEL II	290.575	\$ 1.553.303	380,25	38%
NIVEL III	51.642	\$ 6.198.005	1.117,53	27%
TOTAL	725.058	\$ 1.640.491	401,26	100%

Frecuencias, costos medios y per cápita – Información Consolidada EPSI

FREC. USO AÑO	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	50,90	90,04	155,41	146,84	164,44
MALLAMAS EPSI	399,25	735,44	647,40	707,02	615,73
PIJAOS SALUD EPSI	57,00	80,16	38,82	62,43	160,75
TOTAL EPSI	169,05	301,88	280,54	305,43	313,64

COSTO MEDIO	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	\$ 16.954	\$ 12.976	\$ 7.885	\$ 9.240	\$ 9.075
MALLAMAS EPSI	\$ 1.628	\$ 1.291	\$ 1.820	\$ 1.982	\$ 2.397
PIJAOS SALUD EPSI	\$ 13.014	\$ 12.340	\$ 29.886	\$ 20.278	\$ 7.845
TOTAL EPSI	\$ 4.446	\$ 3.431	\$ 4.234	\$ 4.392	\$ 4.495

%VAR FREC. USO AÑO	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	-72%	77%	73%	-6%	12%
MALLAMAS EPSI		84%	-12%	9%	-13%
PIJAOS SALUD EPSI	91%	41%	-52%	61%	157%
TOTAL EPSI	59%	79%	-7%	9%	3%

%VAR COSTO MEDIO	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	207%	-23%	-39%	17%	-2%
MALLAMAS EPSI		-21%	41%	9%	21%
PIJAOS SALUD EPSI	-46%	-5%	142%	-32%	-61%
TOTAL EPSI	-45%	-23%	23%	4%	2%

PERCAPITA	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	\$ 862.949	\$ 1.168.433	\$ 1.225.454	\$ 1.356.765	\$ 1.492.373
MALLAMAS EPSI	\$ 649.975	\$ 949.645	\$ 1.178.084	\$ 1.401.616	\$ 1.475.688
PIJAOS SALUD EPSI	\$ 741.749	\$ 989.180	\$ 1.160.165	\$ 1.266.027	\$ 1.261.051
TOTAL EPSI	\$ 751.558	\$ 1.035.752	\$ 1.187.901	\$ 1.341.469	\$ 1.409.704

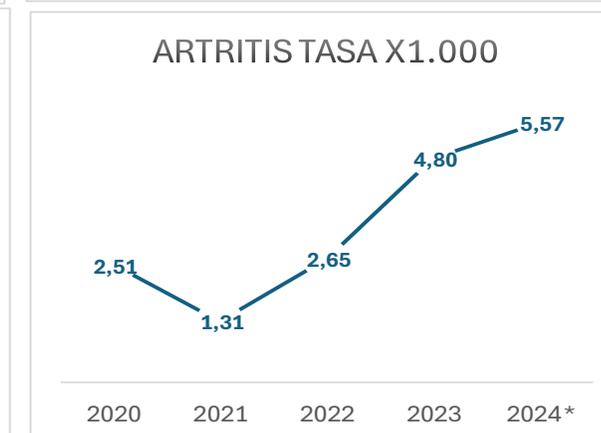
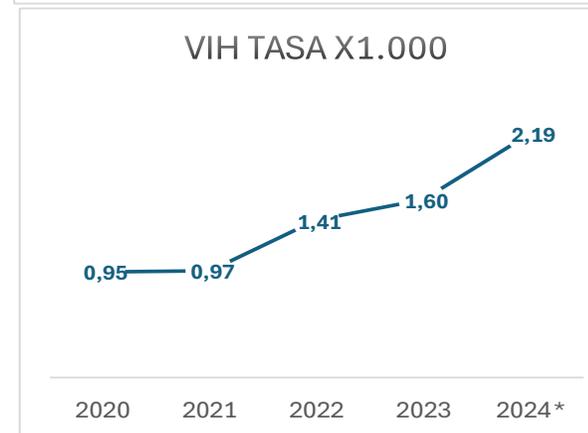
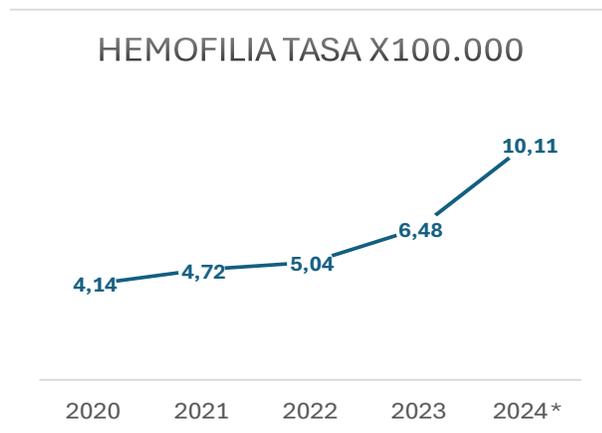
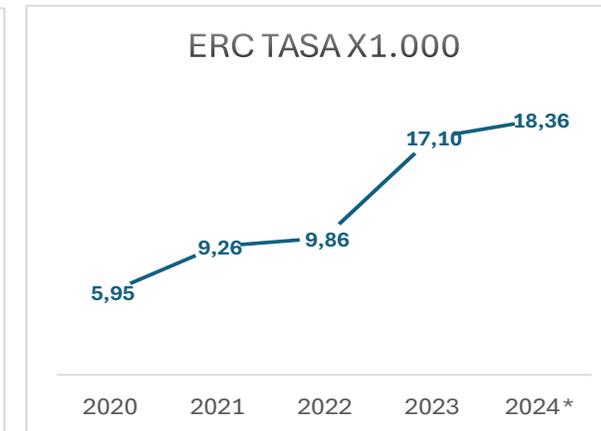
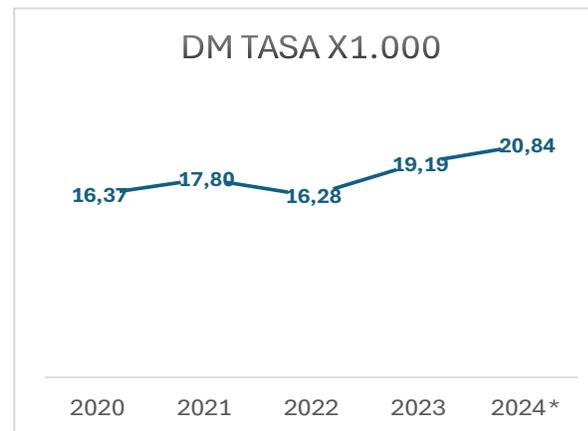
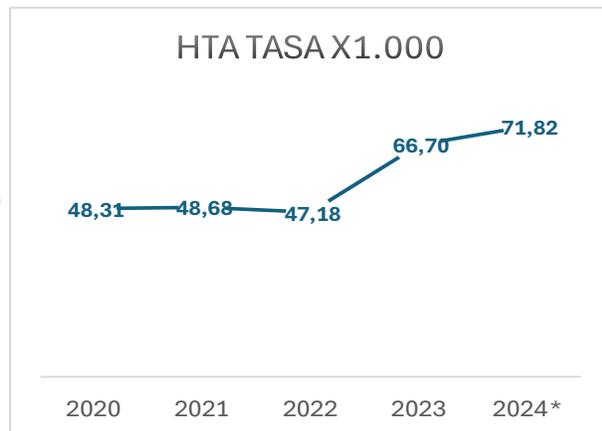
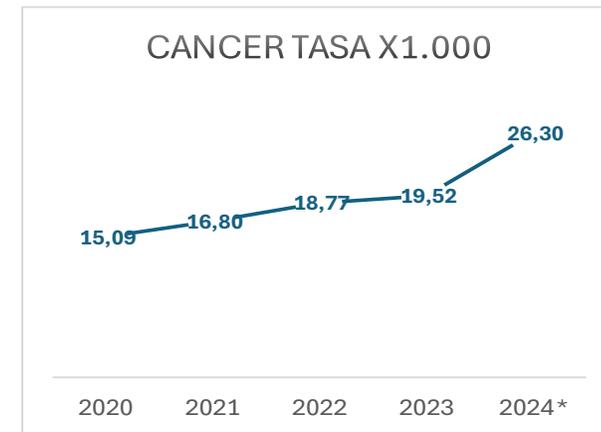
%VAR PERCAPITA	2020	2021	2022	2023	2024*
ANAS WAYUU EPSI	-15%	35%	5%	11%	10%
MALLAMAS EPSI		46%	24%	19%	5%
PIJAOS SALUD EPSI	4%	33%	17%	9%	0%
TOTAL EPSI	-13%	38%	15%	13%	5%

Frecuencias, costos medios y per cápita por agrupadores de servicio

AGRUPACION	MEDIDA	2020	2021	2022	2023	2024*
MEDICAMENTOS	FREC. USO AÑO	137,19	254,58	231,17	234,80	247,76
	COSTO MEDIO	\$ 2.190	\$ 1.880	\$ 3.800	\$ 2.851	\$ 1.637
	PERCAPITA	\$ 119.620	\$ 182.773	\$ 239.419	\$ 286.727	\$ 289.718
INSUMOS	FREC. USO AÑO	17,55	28,90	24,05	22,55	18,08
	COSTO MEDIO	\$ 11.524	\$ 13.178	\$ 12.489	\$ 14.245	\$ 14.483
	PERCAPITA	\$ 138.957	\$ 175.669	\$ 196.558	\$ 200.935	\$ 206.380
OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	FREC. USO AÑO	2,12	3,19	4,17	4,49	5,10
	COSTO MEDIO	\$ 60.843	\$ 50.925	\$ 51.081	\$ 55.525	\$ 59.896
	PERCAPITA	\$ 79.749	\$ 94.994	\$ 110.523	\$ 132.643	\$ 153.943
LABORATORIO CLINICO	FREC. USO AÑO	2,47	3,34	4,17	4,37	5,03
	COSTO MEDIO	\$ 28.403	\$ 27.057	\$ 27.366	\$ 31.020	\$ 32.159
	PERCAPITA	\$ 65.443	\$ 80.297	\$ 100.323	\$ 124.383	\$ 131.460
CONSULTAS	FREC. USO AÑO	1,50	1,91	2,34	2,41	2,57
	COSTO MEDIO	\$ 29.377	\$ 30.725	\$ 30.138	\$ 32.205	\$ 28.696
	PERCAPITA	\$ 46.549	\$ 51.154	\$ 55.498	\$ 68.193	\$ 63.345
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	FREC. USO AÑO	0,33	0,56	0,59	0,59	0,68
	COSTO MEDIO	\$ 55.366	\$ 51.257	\$ 53.166	\$ 60.759	\$ 62.685
	PERCAPITA	\$ 18.157	\$ 27.174	\$ 30.394	\$ 35.557	\$ 40.398
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS E INTERVENCIONISTAS	FREC. USO AÑO	5,87	6,47	11,16	9,37	5,45
	COSTO MEDIO	\$ 185.143	\$ 253.175	\$ 197.093	\$ 181.927	\$ 157.952
	PERCAPITA	\$ 66.018	\$ 97.224	\$ 106.210	\$ 117.906	\$ 125.315
IMAGENOLOGIA	FREC. USO AÑO	0,25	0,40	0,42	0,45	0,54
	COSTO MEDIO	\$ 116.233	\$ 118.002	\$ 118.541	\$ 128.643	\$ 127.891
	PERCAPITA	\$ 28.870	\$ 46.266	\$ 49.250	\$ 56.982	\$ 61.203
CODIGOS ESPECIALES PARA REPORTE POBLACION INDIGENA	FREC. USO AÑO	0,59	0,83	0,60	24,49	26,35
	COSTO MEDIO	\$ 109.263	\$ 100.113	\$ 99.101	\$ 88.982	\$ 85.991
	PERCAPITA	\$ 31.056	\$ 40.450	\$ 45.670	\$ 44.366	\$ 41.367
CONSULTA DE URGENCIAS	FREC. USO AÑO	0,23	0,26	0,33	0,42	0,39
	COSTO MEDIO	\$ 53.736	\$ 53.245	\$ 58.377	\$ 65.368	\$ 64.811
	PERCAPITA	\$ 12.110	\$ 13.988	\$ 19.466	\$ 27.794	\$ 25.412
INTERNACION	FREC. USO AÑO	0,88	1,30	1,36	1,32	1,49
	COSTO MEDIO	\$ 382.259	\$ 252.319	\$ 239.608	\$ 277.195	\$ 246.761
	PERCAPITA	\$ 130.344	\$ 198.502	\$ 207.814	\$ 220.314	\$ 241.228
TRASLADOS	FREC. USO AÑO	0,06	0,10	0,12	0,10	0,12
	COSTO MEDIO	\$ 263.287	\$ 254.945	\$ 233.819	\$ 238.800	\$ 231.355
	PERCAPITA	\$ 12.902	\$ 24.232	\$ 21.636	\$ 19.260	\$ 23.251
DERECHOS DE SALA	FREC. USO AÑO	0,03	0,05	0,06	0,07	0,09
	COSTO MEDIO	\$ 47.344	\$ 44.274	\$ 56.054	\$ 58.776	\$ 51.552
	PERCAPITA	\$ 1.784	\$ 3.030	\$ 5.139	\$ 6.408	\$ 6.684
Total general	FREC. USO AÑO	169,05	301,88	280,54	305,43	313,64
	COSTO MEDIO	\$ 4.446	\$ 3.431	\$ 4.234	\$ 4.392	\$ 4.495
	PERCAPITA	\$ 751.558	\$ 1.035.752	\$ 1.187.901	\$ 1.341.469	\$ 1.409.704

Prevalencia a cohortes de riesgo 2020 a 2024

COHORTE	Var tasa 24/20
ARTRITIS	122,0%
CANCER	74,3%
DM	27,3%
ERC	208,4%
HEMOFILIA	144,4%
HTA	48,7%
VIH	130,1%

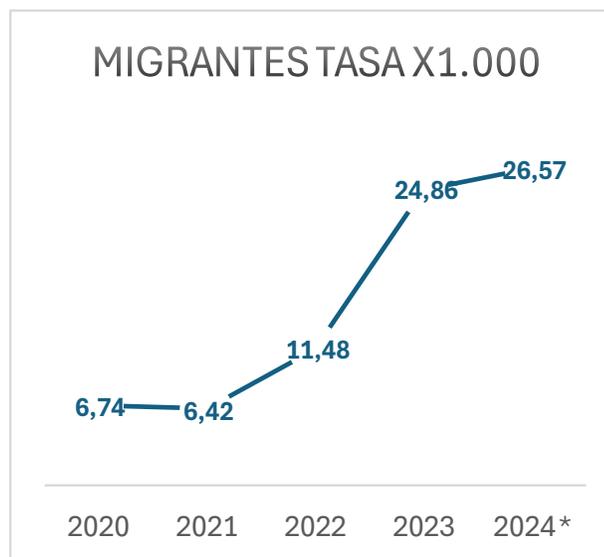
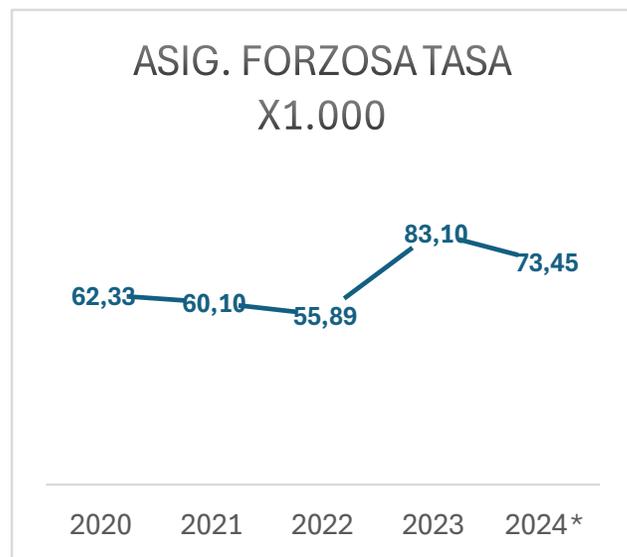


Impacto cohortes de riesgo: Severidad paciente y siniestralidad

COHORTE	SEVERIDAD PACIENTE AÑO					DATOS 2024*		
	2020	2021	2022	2023	2024*	%POB	UPC PROM	%Sin.
ARTRITIS	\$ 4.319.009	\$ 9.037.878	\$ 6.810.127	\$ 6.050.081	\$ 6.273.953	0,6%	\$ 2.552.730	246%
CANCER	\$ 3.077.814	\$ 2.967.528	\$ 4.455.379	\$ 4.566.746	\$ 5.144.739	2,6%	\$ 1.273.638	404%
DM	\$ 3.611.804	\$ 4.619.761	\$ 5.373.159	\$ 6.253.003	\$ 6.589.777	2,1%	\$ 2.601.762	253%
ERC	\$ 8.546.361	\$ 8.838.174	\$ 9.101.539	\$ 8.674.510	\$ 8.785.817	1,8%	\$ 3.077.181	286%
HEMOFILIA	\$ 143.621.922	\$ 162.487.011	\$ 146.717.347	\$ 100.434.871	\$ 73.685.904	0,0%	\$ 1.887.184	3905%
HTA	\$ 2.680.516	\$ 3.581.462	\$ 4.162.636	\$ 4.644.935	\$ 4.851.094	7,2%	\$ 2.882.368	168%
VIH	\$ 11.588.595	\$ 13.632.811	\$ 10.437.295	\$ 10.573.694	\$ 10.036.170	0,2%	\$ 1.586.609	633%

Impacto situaciones emergentes: Severidad paciente y siniestralidad

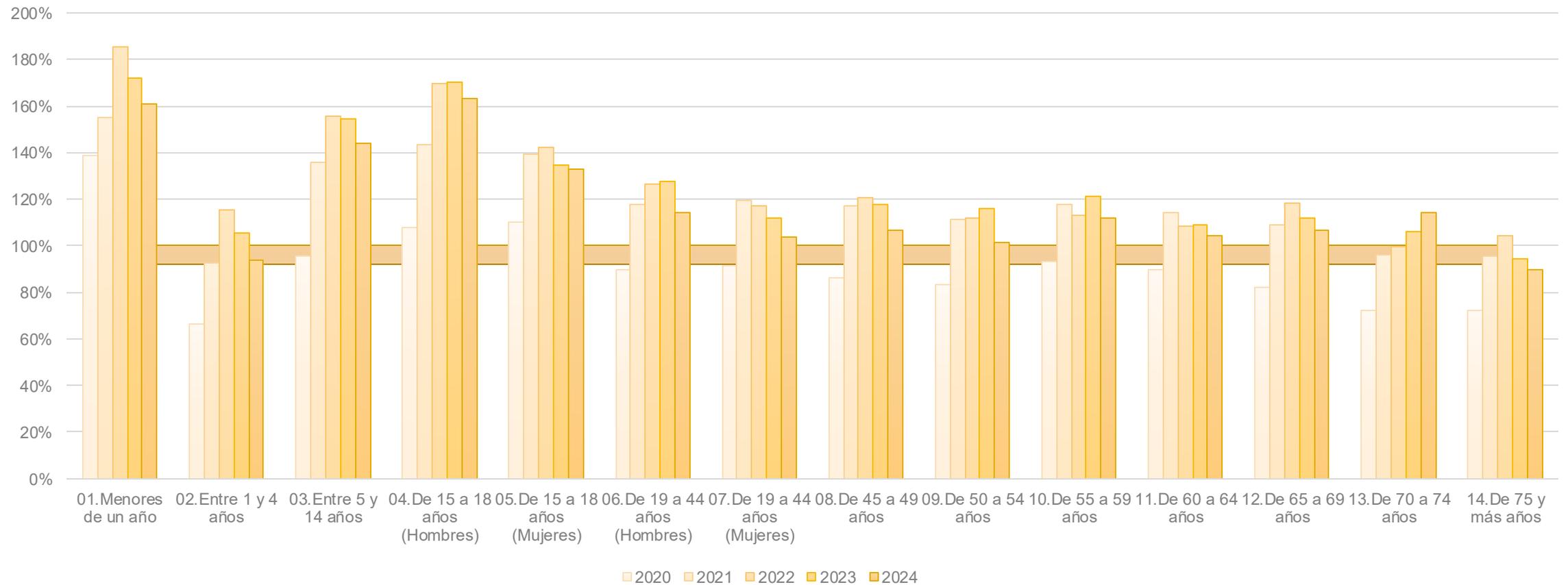
TIPO	Var tasa 24/20
AFILIACION OFICIO	190,6%
ASIG. FORZOSA	17,8%
MIGRANTES	293,9%



TIPO	2020	2021	2022	2023	2024*	DATOS 2024*		
						%POB	UPC PROM	siniestralidad
AFILIACION OFICIO	\$ 2.976.417	\$ 3.244.862	\$ 3.342.442	\$ 3.215.290	\$ 2.929.860	2,7%	\$ 2.393.446	122%
ASIG. FORZOSA	\$ 1.018.483	\$ 1.369.070	\$ 1.569.139	\$ 1.459.771	\$ 1.649.655	7,3%	\$ 2.055.769	80%
MIGRANTES	\$ 1.207.337	\$ 3.141.858	\$ 3.771.697	\$ 2.400.878	\$ 2.172.987	2,7%	\$ 1.331.528	163%

SINIESTRALIDAD POR GRUPO ETARIO 2020 A 2024

%siniestralidad (Costo PBS /Ingreso UPC)

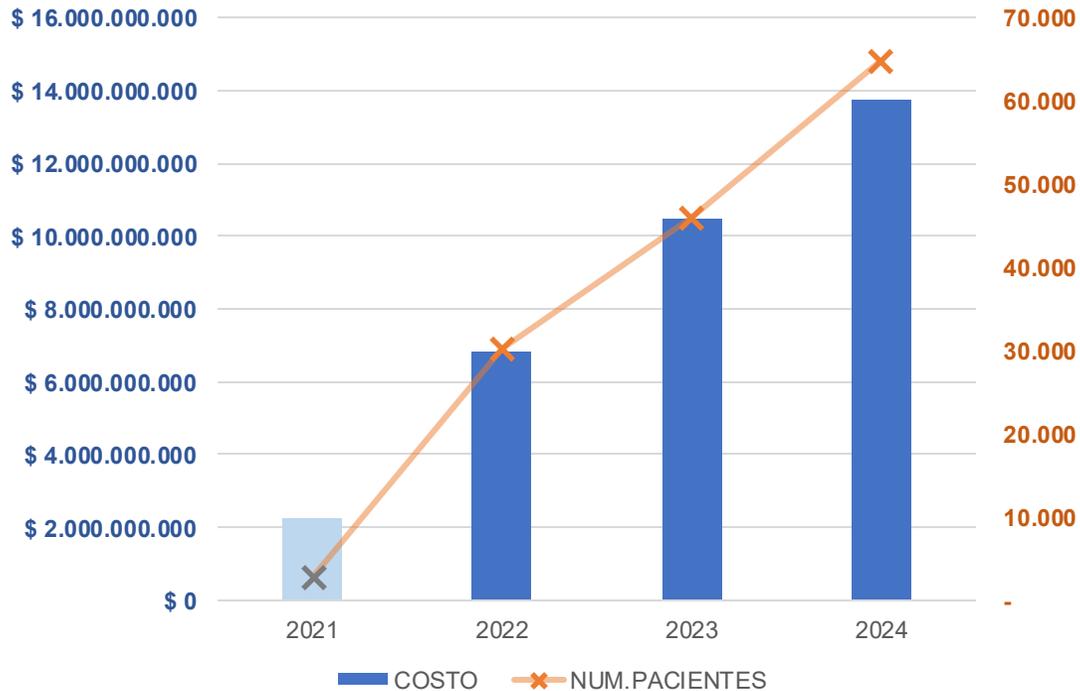


Ampliación de resultados 2024

Grupo etario	Población prom. año	Ingresos	Costos	% Sin.
01.Menores de un año	9.033	\$ 3.529.083	\$ 5.680.706	161,0%
02.Entre 1 y 4 años	59.879	\$ 1.254.950	\$ 1.178.713	93,9%
03.Entre 5 y 14 años	157.120	\$ 459.536	\$ 662.781	144,2%
04.De 15 a 18 años (Hombres)	30.787	\$ 517.906	\$ 844.125	163,0%
05.De 15 a 18 años (Mujeres)	30.758	\$ 826.883	\$ 1.100.023	133,0%
06.De 19 a 44 años (Hombres)	140.968	\$ 780.590	\$ 889.867	114,0%
07.De 19 a 44 años (Mujeres)	147.717	\$ 1.429.551	\$ 1.479.982	103,5%
08.De 45 a 49 años	42.864	\$ 1.372.495	\$ 1.459.411	106,3%
09.De 50 a 54 años	37.189	\$ 1.703.973	\$ 1.727.458	101,4%
10.De 55 a 59 años	33.190	\$ 2.070.000	\$ 2.319.710	112,1%
11.De 60 a 64 años	29.819	\$ 2.558.625	\$ 2.670.928	104,4%
12.De 65 a 69 años	22.296	\$ 3.158.368	\$ 3.365.759	106,6%
13.De 70 a 74 años	17.989	\$ 3.328.271	\$ 3.797.448	114,1%
14.De 75 y más años	33.700	\$ 4.818.434	\$ 4.316.278	89,6%
TOTAL	793.307	\$ 1.388.718	\$ 1.515.377	109,1%

IMPACTO EN EL COSTO, INCLUSIONES AL PBS: CASO 2022

Costo y número de pacientes de tecnologías incluidas en el PBS en 2022



FUENTE DE FINANCIAMIENTO	AÑO	PERCAPITA	% COBERTURA	COSTO MEDIO TECNOLOGÍAS	INTENSIDAD DE USO
Presupuestos Máximos	2.020	\$ 1.253,82	0,2%	\$ 373.381	1,7
	2.021	\$ 3.566,51	0,4%	\$ 30.131	27,0
UPC	2.022	\$ 10.045,80	4,4%	\$ 8.448	26,8
	2.023	\$ 14.137,93	6,2%	\$ 5.594	40,7
	2024*	\$ 18.070,03	8,5%	\$ 5.326	39,8

Variables UPC Actual	Observación	Variables Para Incorporar
Edad	Globalizada	X. Revisar ajustadores considerando cambios en la severidad y siniestralidad
Sexo	Globalizada	X.
Localización	Globalizada. No discrimina regiones ni accesibilidad	X. Determinar variables que consideren dispersión, dificultad de acceso geográfico, índice de densidad poblacional, índice de ruralidad,
Costos históricos	No considerados	Indispensable para ajustar extremos y descartar datos.
Condicional a algunas patologías	Se desconoce origen de ajustadores por grupo etario. La severidad según se puede dilucidar en la metodología es igualmente globalizada.	Considerar ajustadores por patologías, ajuste por variación en la incidencia: cáncer, ERC, HTA, Diabetes, Artritis, enfermedades huérfanas, VIH
		Ajuste por situaciones emergentes: fenómenos migratorios, afiliación transaccional debido a pérdida de años de atención primaria
		Ajustes por Discapacidad
		Mortalidad
		Ajustes ex post

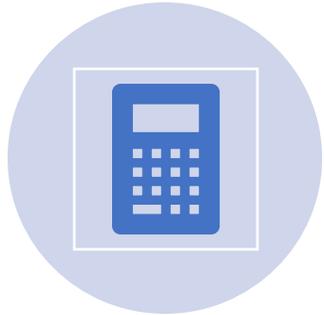
Conclusiones

La UPC no cubre el riesgo real en EPS Indígenas.

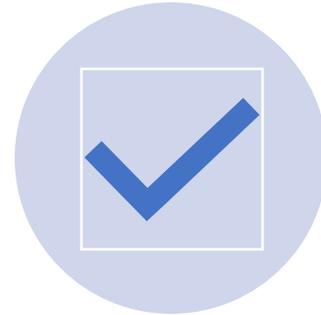
Las desviaciones porcentuales superan el margen técnico aceptable.

Cohortes de alto costo y dispersión territorial generan déficit estructural.

Recomendaciones Generales



✓ Incorporar variables independientes en el cálculo de la UPC
✓ Ajustar la UPC subsidiada al 95% del contributivo
✓ Ajustar la UPC 2024 un 10%.



✓ Implementar modelos actuariales avanzados



✓ Establecer ajustes ex post por desviaciones críticas



✓ Implementar el SISPI para integrar medicina ancestral respetando principios y valores culturales

Recomendaciones



Inclusión dentro del modelo de estimación de UPC de las variables de Pertenencia cohorte prevalentes de riesgo; Cáncer, Artritis Reumatoidea, VIH, Enfermedad Renal Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Hemofilia.



Incluir la proyección de incidentes en el cálculo de la UPC.



Considerar para el régimen subsidiado un valor per cápita para demanda inducida.



Consideración en la metodología como variable de estimación las situaciones emergentes tales como población migrante, afiliación forzosa y afiliación de oficio, siempre que estos pacientes cuentan con un comportamiento de consumo de servicios superior a otros afiliados de semejantes características que pertenezcan a la EPS.



Metodología que considera la demanda ex- ante y efectiva, de tal manera que la UPC contemple las actividades de RIAS acorde a lo establecido en la normatividad y protocolos vigentes para la atención de rutas Promoción y Mantenimiento de la Salud, Ruta Materno Perinatal, Programa Ampliado de Inmunizaciones y la atención de pacientes de cohortes de riesgo.

Recomendaciones



Evaluación de los precios de servicios, medicamentos y tecnologías, su comportamiento a nivel nacional y regional: disponibilidad de profesionales por ubicación geográfica; traslado de pacientes de lugares remotos o de difícil acceso; precios de servicios por región; IPC; costo adicional para garantizar la atención como por ejemplo la movilización del personal médico; precios de medicamentos e insumos (influencia de dólar o no disponibles); incrementos del SMLMV.



Para cohortes de riesgo emergentes o no suficientemente estudiadas, la consideración de mecanismos de ajuste ex post, para contemplar posibles desviaciones que se presenten en la vigencia como causa de la carga de enfermedad.



Discriminar los incrementos de la UPC por destinación; precios, inclusiones y frecuencias.

Recomendaciones



Considerar mecanismos de ajuste ex post por desviaciones en la siniestralidad.



Considerar como variables independientes para la determinación de la UPC el Índice de dispersión poblacional, índice de densidad poblacional e Índice de Ruralidad y accesibilidad.



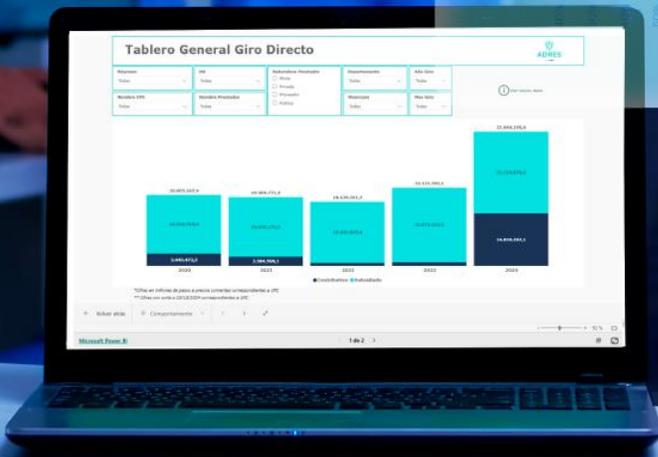
Se propone explorar modelos estadísticos y actuariales que permitan la inclusión de variables independientes con existencia de covarianza y no asumen necesariamente linealidad y normalidad de las variables, tales como Modelos de Regresión Matricial (Matrix Variate Regression), Modelos Aditivos Generalizados (GAMs), Procesos Gaussianos (GP) o modelos de Cópulas

**Ley de los grandes números:
Evaluación de las variaciones en
frecuencias de uso por agrupadores de
servicios de salud - evaluación de los
valores unitarios y su impacto en la
prima pura del aseguramiento**

ADRES

Mesas UPC AUTO 504 de 2025

ADRES, Innovación y analítica



21 de agosto de 2025



Evaluación de las Variaciones en Frecuencias y Severidades

Funciones de ADRES

1. **Administrar los recursos** del Sistema.
2. **Administrar los recursos** del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET).
3. **Efectuar el reconocimiento y pago de la UPC** y demás recursos del aseguramiento en salud.
4. **Realizar los pagos, efectuar giros directos** a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.
5. **Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago** por los distintos conceptos, que aseguren el *buen uso y control* de los recursos.
6. Desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto-Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.
7. Administrar la **información propia de sus operaciones** de acuerdo con la reglamentación expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Adoptar y proponer mecanismos que se requieran para **proteger los recursos** que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos.

Factores que Influyen en la Utilización de los Servicios de Salud

Factores que Influyen en la Utilización de los Servicios de Salud

Categoría	Factor	Impacto	Descripción
Demográficos y Epidemiológicos	Envejecimiento de la población	Al alza	El aumento de la población de edad avanzada incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas, elevando la demanda de servicios médicos continuos.
Socioeconómicos	Nivel de ingresos y educación	Al alza	Individuos con menores ingresos y niveles educativos más bajos pueden tener una mayor utilización de servicios de salud debido a condiciones de salud más precarias y menor acceso a información preventiva.
Accesibilidad y Disponibilidad	Proximidad a centros de salud	Al alza	La cercanía geográfica a instalaciones sanitarias facilita el acceso y aumenta la frecuencia de uso de los servicios médicos.
Culturales y Comportamentales	Preferencia por la medicina tradicional	A la baja	En comunidades donde se prefiere la medicina tradicional o la automedicación, la utilización de servicios de salud formales puede ser menor.
Sistema de Salud	Calidad y eficiencia de los servicios	Al alza	Sistemas de salud que ofrecen atención de alta calidad y tiempos de espera reducidos incentivan a una mayor utilización por parte de los pacientes.
Factores Socioeconómicos	Mal Uso de los Seguros (Inducción a la Demanda por Sobreconsumo de Planes Voluntarios de Salud)	Al alza	La disponibilidad de seguros de salud puede llevar a un uso excesivo de los servicios médicos, incluso cuando no son médicamente necesarios, debido a que los costos están cubiertos por el seguro.
Eficiencia y Sostenibilidad	Desperdicio en salud	Al alza	La ineficiencia en el uso de recursos, como la duplicación de pruebas o tratamientos innecesarios, puede inflar artificialmente la demanda de servicios y ocultar necesidades reales.
Factores Exógenos y Shocks	Pandemias (e.g., COVID-19)	Mixto	Las pandemias pueden aumentar la demanda de ciertos servicios (como urgencias) mientras reducen la utilización de otros (como consultas regulares), causando fluctuaciones significativas en la frecuencia de uso de los servicios.
Barreras de Acceso	Factores económicos	A la baja	Limitaciones financieras, como falta de dinero o costos elevados de los servicios, que dificultan el acceso a la atención médica.
Barreras de Acceso	Factores geográficos	A la baja	Distancias significativas o dificultades para trasladarse a los centros de salud que impiden la asistencia a las citas médicas.
Barreras de Acceso	Factores organizacionales	A la baja	Problemas relacionados con la organización del sistema de salud, como largos tiempos de espera, trámites burocráticos o mala calidad en la atención, que desmotivan a los pacientes a buscar servicios médicos.
Barreras de Acceso	Factores personales	A la baja	Percepciones individuales, como considerar que el problema de salud es leve, desconfianza en los médicos o experiencias previas negativas, que llevan a la decisión de no buscar atención médica.

Factores que Influyen en la Utilización de los Servicios de Salud

Razones de inasistencia Encuesta Nacional de Calidad de Vida

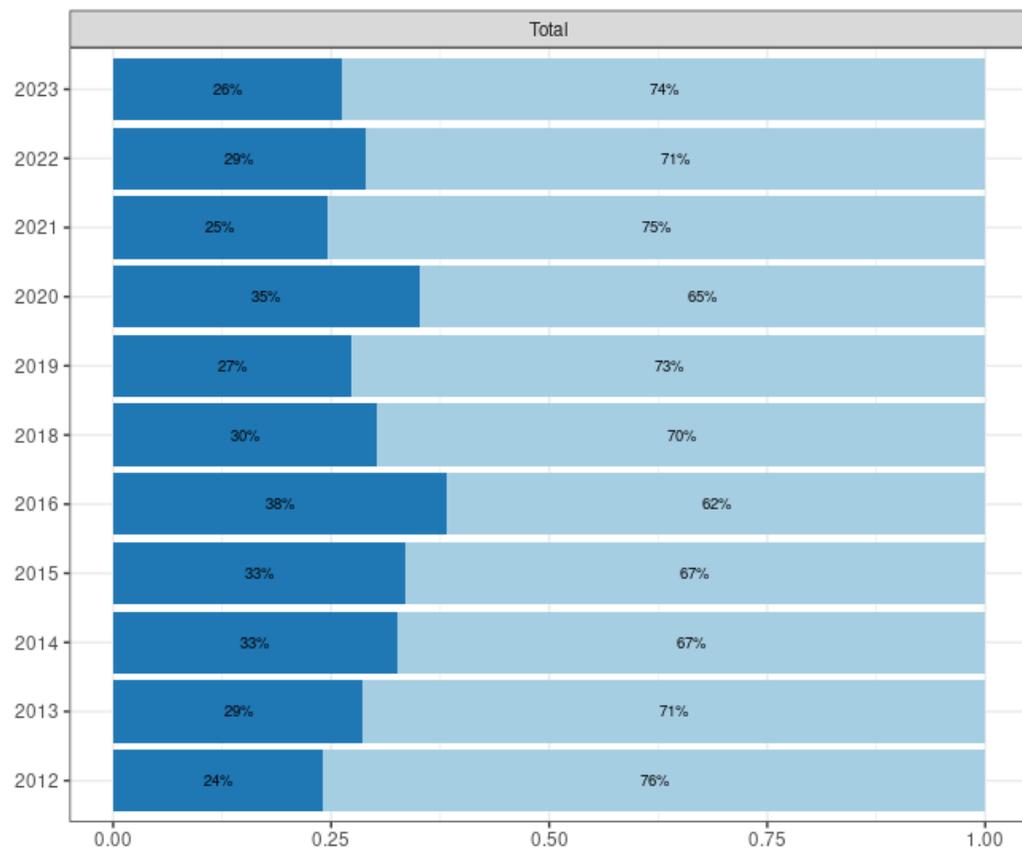
Razones de inasistencia Encuesta Nacional de Calidad de Vida

¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?

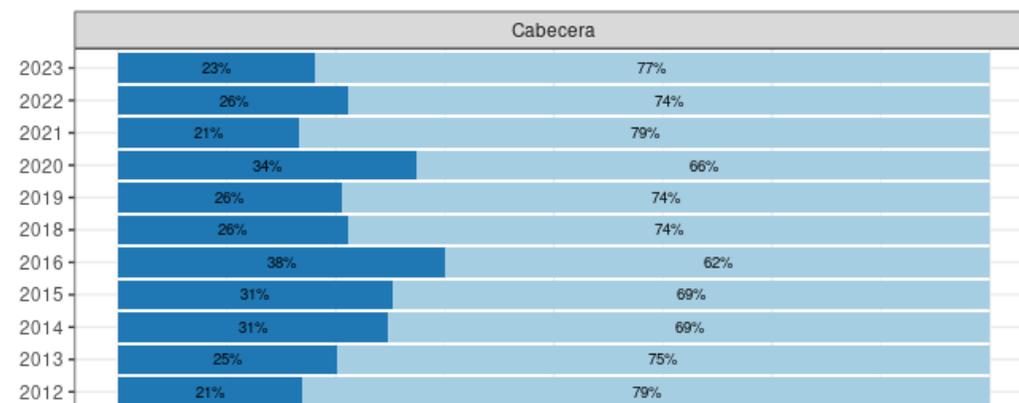
Categoría	Razón de No Asistencia	Descripción
Demanda	Caso leve	El paciente considera que su condición no requiere atención médica.
Demanda	Falta de tiempo	Imposibilidad de asistir debido a compromisos personales o laborales.
Demanda	Falta de dinero	Limitaciones económicas que impiden costear la consulta o el traslado.
Demanda	No confía en los médicos	Desconfianza en la capacidad o ética de los profesionales de la salud.
Demanda	Problema no resuelto previamente	Experiencias anteriores donde la atención no solucionó el problema de salud.
Oferta	Centro de atención lejano	Distancia considerable al centro de salud más cercano.
Oferta	Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	Percepción de mala calidad en la atención o tiempos de espera prolongados para obtener una cita.
Oferta	No lo atendieron	Negación del servicio por parte del centro de salud.
Oferta	Muchos trámites para la cita	Procesos administrativos complejos o engorrosos para acceder a la atención.
Oferta	No cubierto o autorizado por el seguro	Servicios no incluidos en la cobertura del seguro o falta de autorización.
Oferta	Espera demasiado prolongada	Tiempos de espera excesivos en la sala de espera antes de ser atendido.
Oferta	Dificultad para viajar	Problemas de transporte o movilidad para llegar al centro de salud.
Ambas	Otro	Otras razones no especificadas que pueden corresponder a factores de demanda u oferta.

- **Subestimación de frecuencias:** Barreras reducen artificialmente el uso reportado.
- **Aumento en costos por sobre uso tardío:** Barreras de oferta retrasan atención temprana, incrementando uso de servicios más costosos.
- **Reducción de inequidades:** Eliminar barreras mejora acceso equitativo, beneficiando a toda la población asegurada.

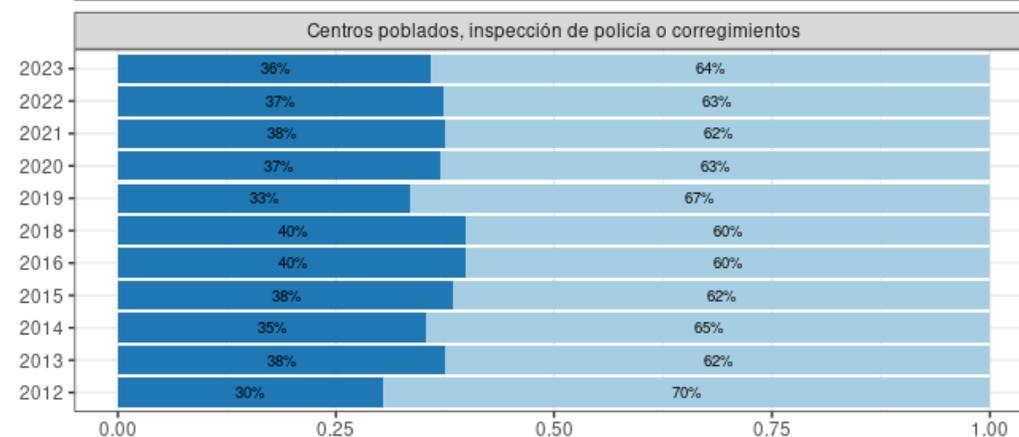
Razones de inasistencia ENCV



Oferta
Demanda



Oferta
Demanda



Factores que Influyen en la Utilización de los Servicios de Salud

Planes Voluntarios de Salud

Consideraciones, conclusiones y trabajo futuro

Consideraciones:

- **Universo:** Población con planes voluntarios de salud en la BDPSV de la BDUA y bases de suficiencia
- **Afiliados en PVS:** aplicación de metodología de afiliado equivalente a nivel de tipo de PVS.
- **Percapita por afiliado por Agrupador de CUPS:** Comparación en valores y frecuencias

Conclusiones

- Mayores actividades percapita y mayores valores para las personas con Planes voluntarios de salud

Trabajo futuro

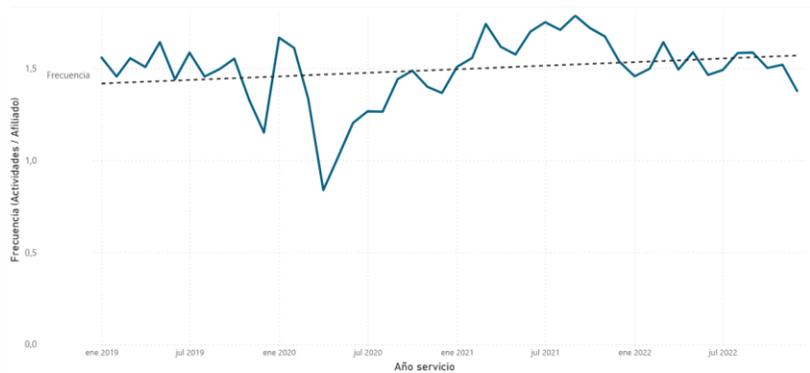
- Incluir los datos de suficiencia 2023

Análisis de frecuencias

[Link al tablero](#) (en power bi)

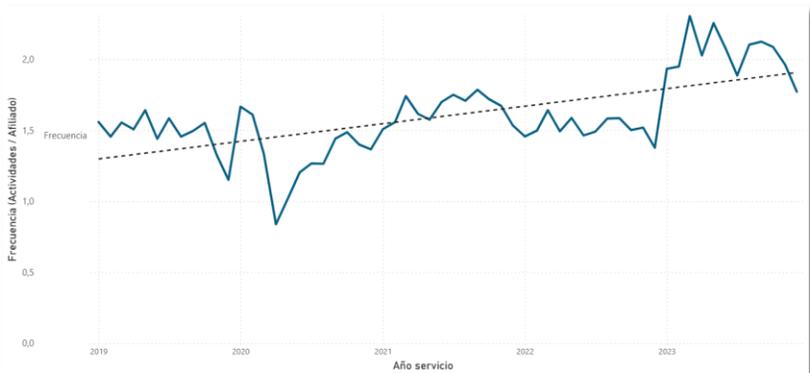
PAC vs Sin PVS

Tendencia 2019 a 2022



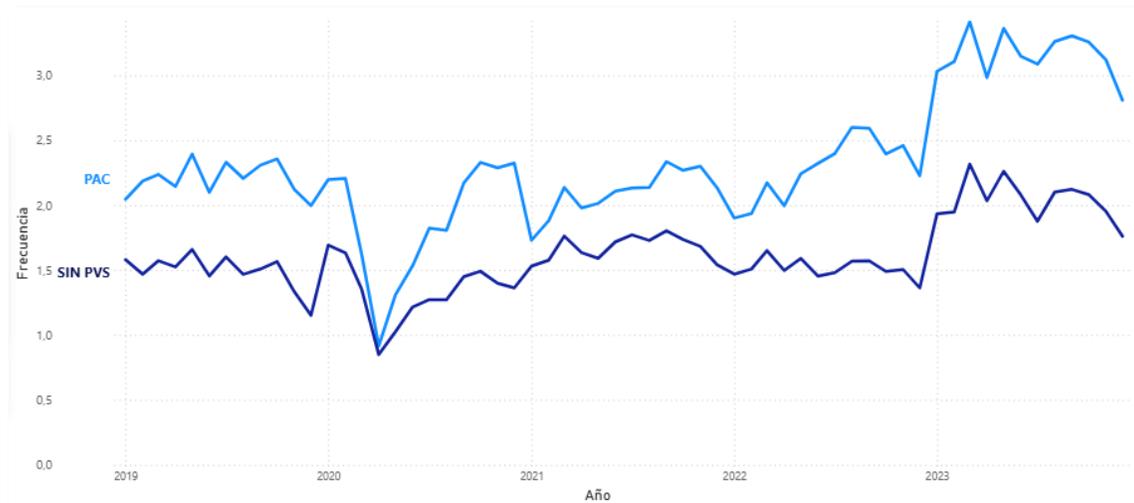
La línea de tendencia indica que **incremento en frecuencias** pasa de **14,7 actividades por cada 10 afiliados a 15,7 actividades por cada 10 afiliados, incrementando 1 actividad por cada 100 afiliados**, esto indicaría un incremento del 6,8% en 3 años, o **2,25% anual**.

Tendencia 2019 a 2023



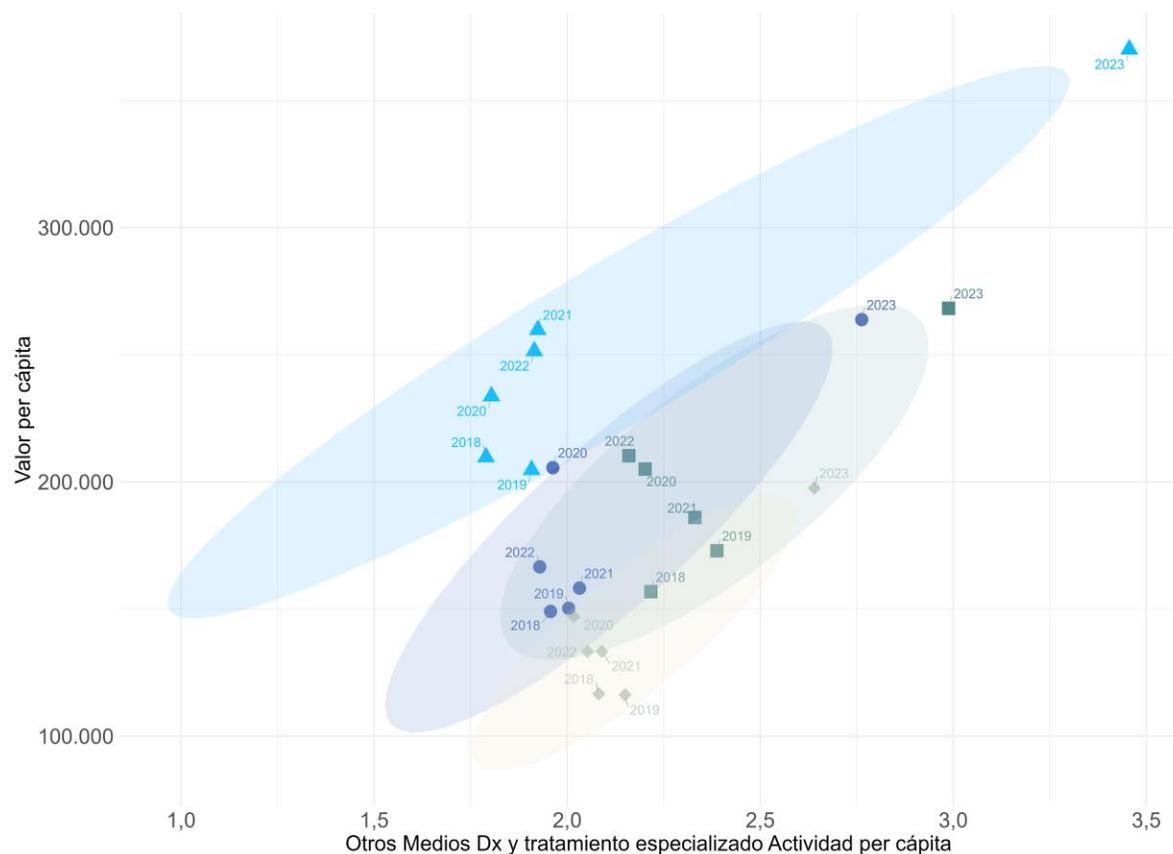
Al incluir 2023 se **altera la pendiente, mostrando un incremento** desde 13,3 actividades por cada 10 afiliados hasta 19,5 actividades por cada 10 afiliados. Esto es un 30% de incremento en 4 años, o lo que es, cerca de un 8% anual. **El 2023 apalanca el análisis de la información.**

La **frecuencia** de uso de servicios de salud para afiliados sin PVS se mantuvo **estable** entre 2019 y 2022 en torno a **1,5 atenciones mensuales por paciente**, con una **ligera disminución en 2022 frente a 2021**. En contraste, los afiliados a PAC registraron de manera consistente valores superiores durante todo el periodo analizado, mostrando una brecha clara frente a quienes no cuentan con planes voluntarios.



En septiembre de 2022, los pacientes con **PAC alcanzaron 2,7 atenciones frente a 1,46 de los pacientes sin PVS (frecuencia 89% mayor)**. A partir de 2023, la tendencia para PAC se incrementó con fuerza, superando en algunos meses las 3 atenciones por paciente, mientras que los afiliados sin PVS permanecieron relativamente estables sin superar las 2 atenciones mensuales.

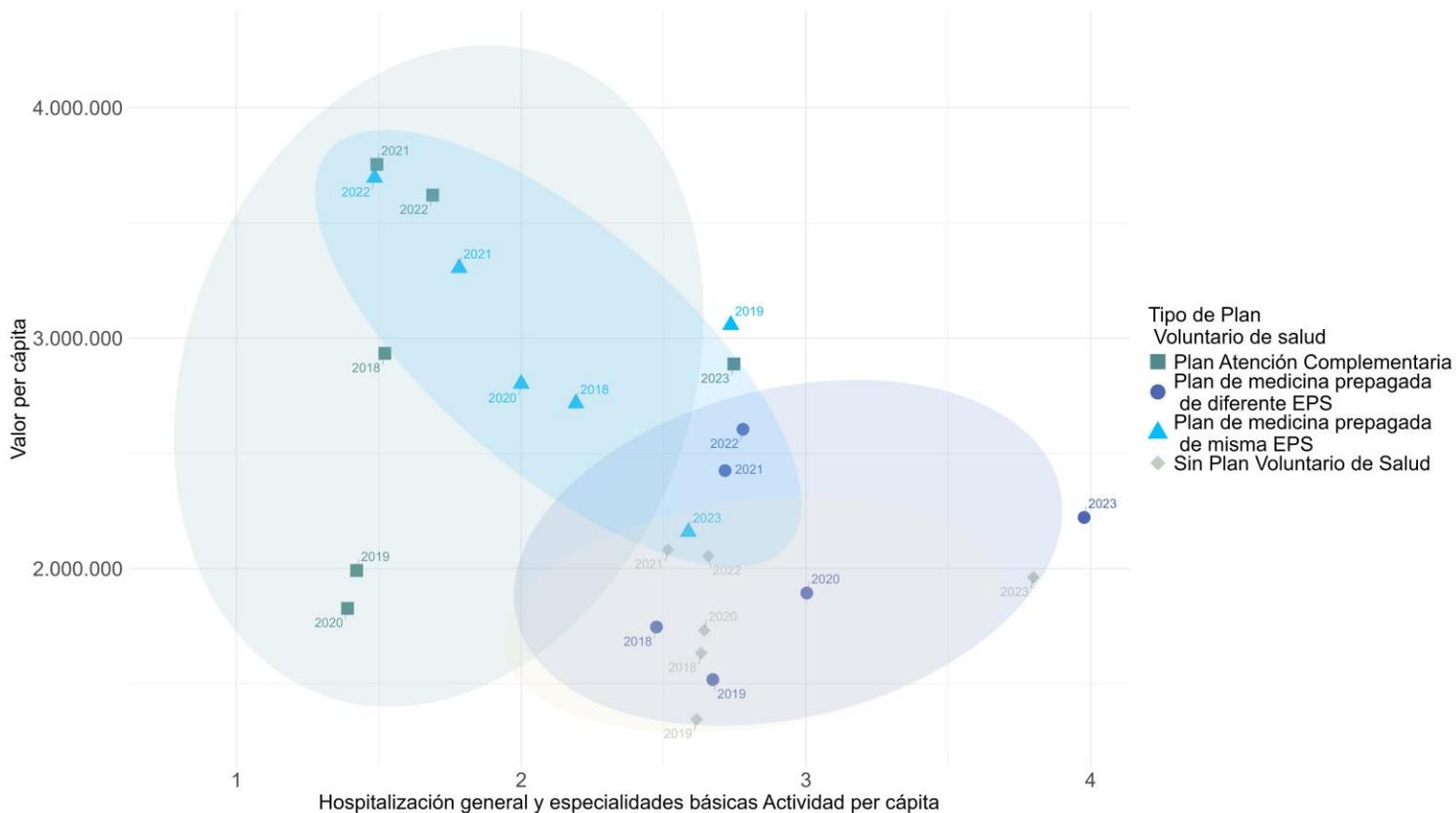
Planes voluntarios de Salud – Otros Medios Dx



- 879601** tomografía por emisión de positrones [pet-tc]
- 890208** consulta de primera vez por psicología
- 890215** consulta de primera vez por equipo interdisciplinario
- 891000** prueba del amobarbital intracarotídeo [wada] sod
- 891100** tonometría sod
- 891201** rinomanometría
- 891202** rinomanometría con alérgeno
- 891203** rinometría acústica
- 891301** prueba de provocación nasal con alérgeno (específico)
- 891302** prueba de provocación nasal con alérgeno valorada por pico flujo nasal inspiratorio
- 891401** electroencefalograma convencional
- 891402** electroencefalograma computarizado
- 891410** electroencefalograma digital con mapeo cerebral
- 891501** electrocorticografía

Para mayor información consulte [aquí](#).

Planes voluntarios de Salud - Hospitalización

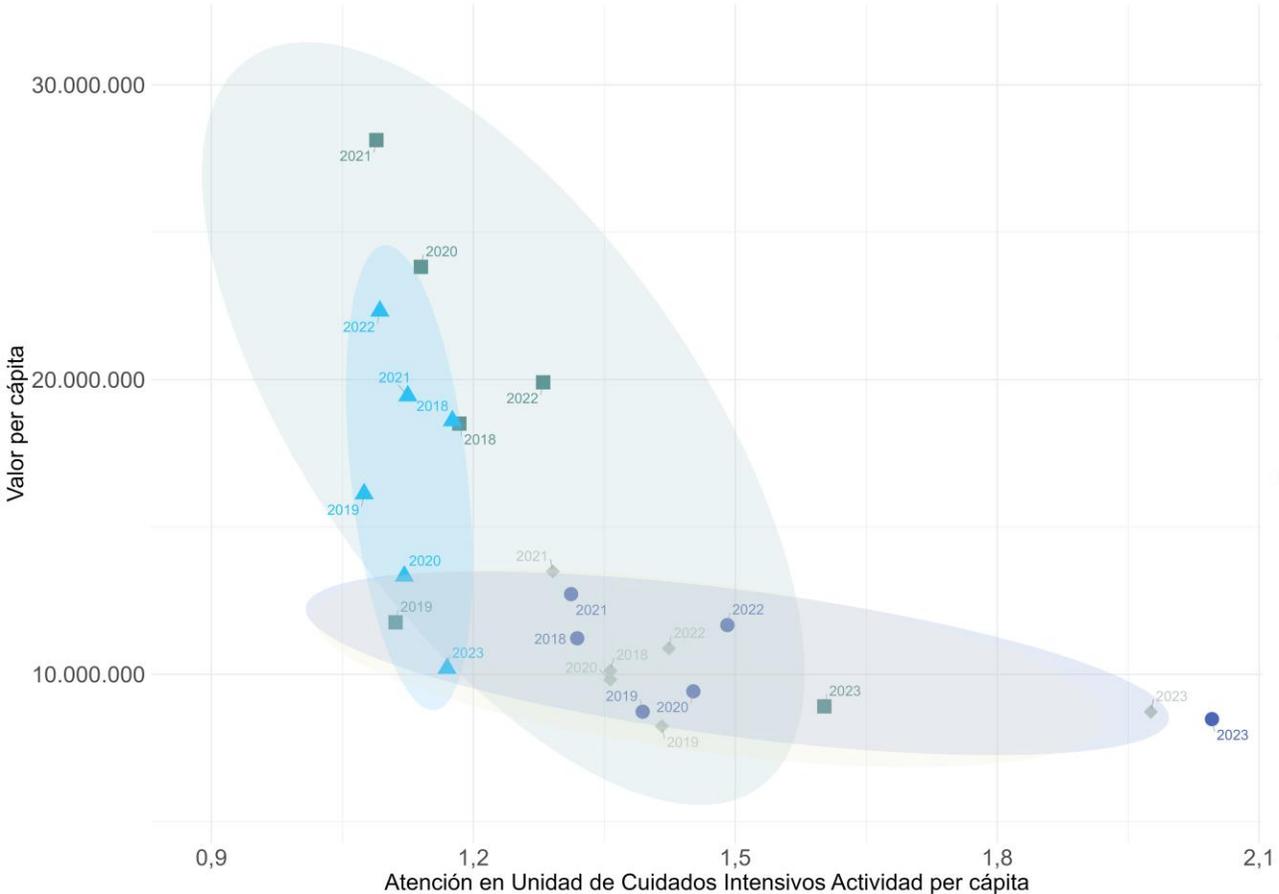


- 105M01** internación en unidad de cuidado intermedio neonatal
- 106M01** internación en unidad de cuidado intermedio pediátrico
- internación en unidad de cuidado intermedio pediátrico paciente quemado
- 106M02**
- 107M01** internación en unidad de cuidado intermedio adulto
- internación en unidad de cuidado intermedio adulto paciente quemado
- 107M02**
- internación adultos complejidad alta habitacion individual (incluye aislamiento general y para trasplante de células progenitoras)
- 10A001**
- 10A002** internación adultos complejidad alta habitacion múltiple
- internación adultos complejidad baja habitación individual (incluye aislamiento)
- 10B001**
- 10B002** internación adultos complejidad baja habitacion múltiple
- internación adultos complejidad mediana habitacion individual (incluye aislamiento general y para trasplante de células progenitoras)
- 10M001**
- 10M002** internación adultos complejidad mediana habitacion múltiple
- 120N01** INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Planes voluntarios de Salud - Atención de UCI



- 109A01** internación en unidad de cuidado intensivo pediátrico
- 10A005** internación en unidad de cuidado intensivo pediátrico paciente trasplantado
- 110A01** internación en unidad de cuidado intensivo adultos
- 111A01** internación en unidad de cuidado intensivo adultos paciente quemado
- 125A01** internación en unidad de cuidado intensivo pediátrico paciente quemado

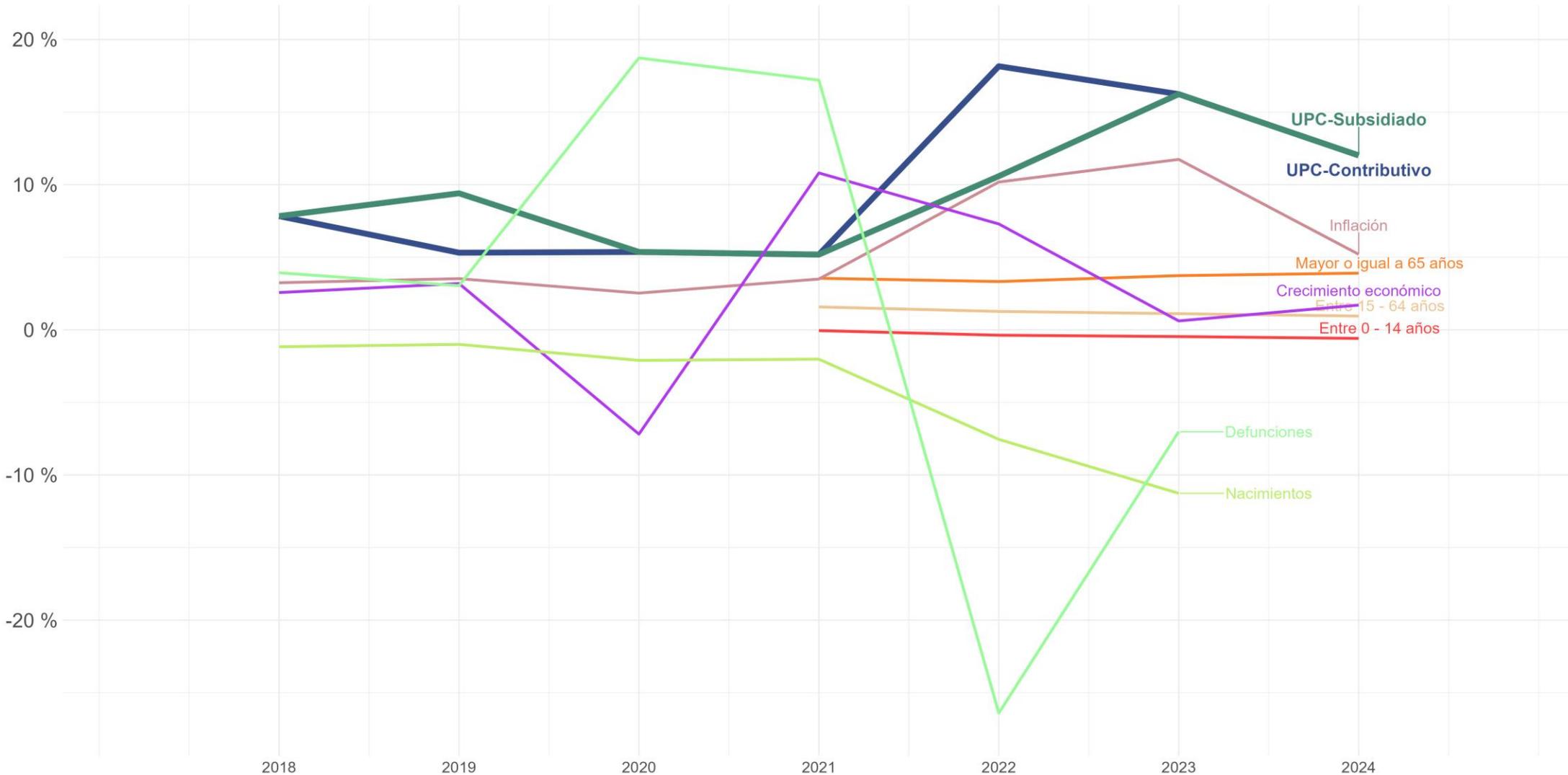
Tipo de Plan
Voluntario de salud

- Plan Atención Complementaria
- Plan de medicina prepagada de diferente EPS
- ▲ Plan de medicina prepagada de misma EPS
- ◆ Sin Plan Voluntario de Salud

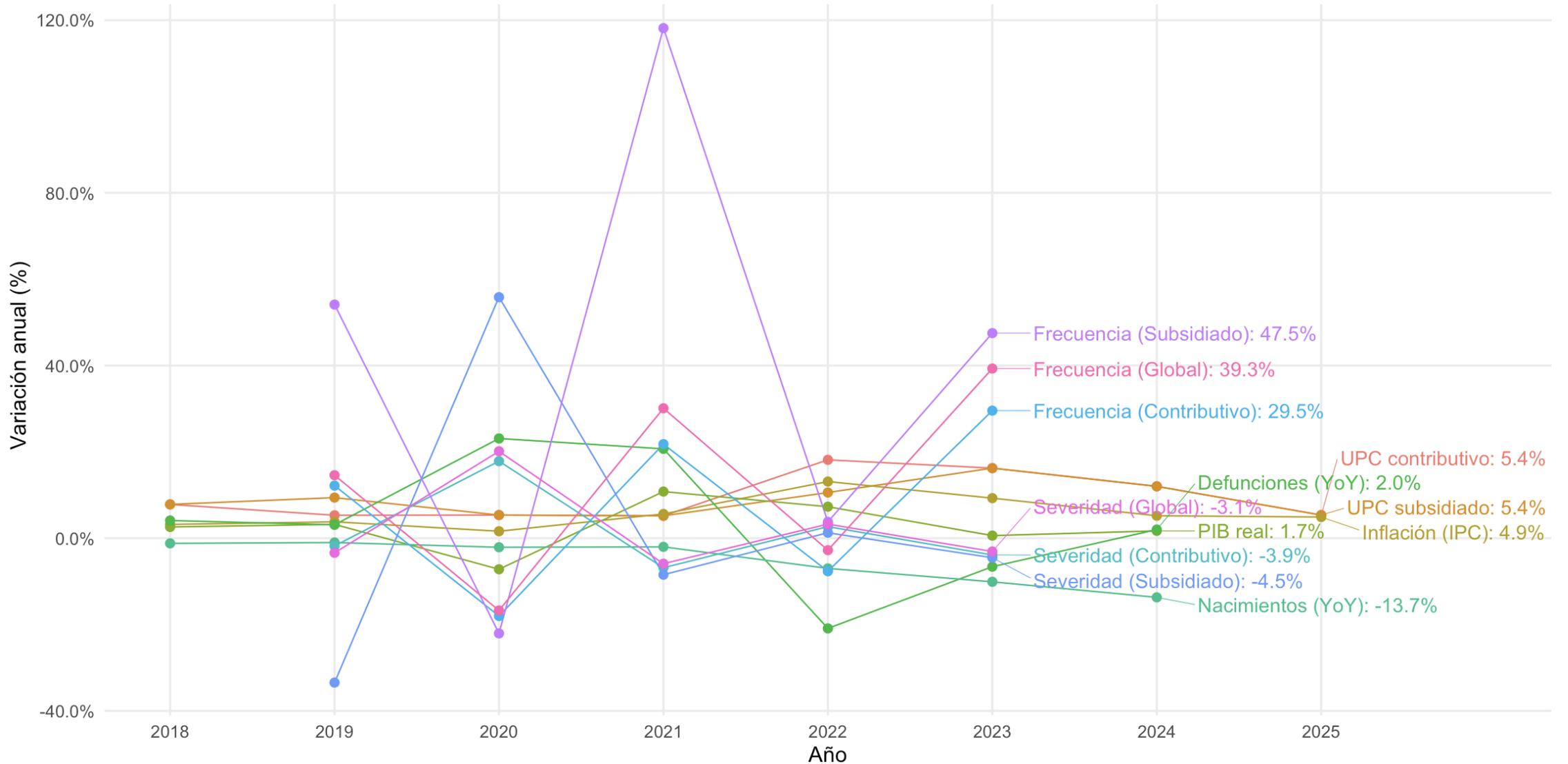
Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Contexto Macro

Variaciones principales indicadores



Variaciones principales indicadores



*IPC 2025 variación 12 meses a jul/2025 (cifra mensual DANE)

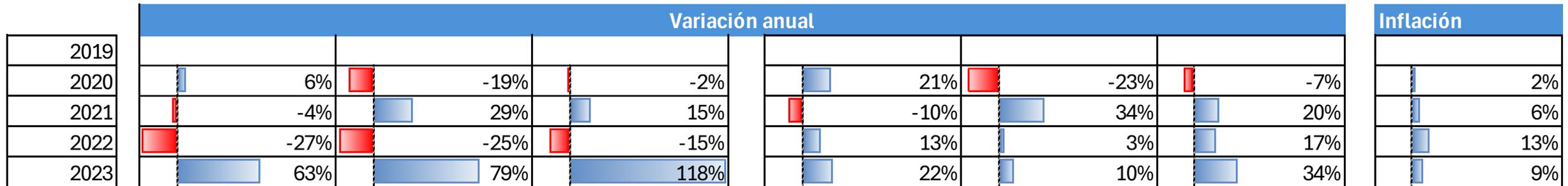
**Las variaciones de Severidad y Frecuencia se calcularon sobre las EPS dentro del

Fuente: DANE, Banco Mundial, MSPS
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Totales notas técnicas de estudio de Suficiencia

Año datos	Afiliados (A)	Registros (B)	Valor (C)
2019	17.655.903	406.696.702	17.464.638.470.991
2020	18.766.810	330.728.244	17.180.130.022.288
2021	18.078.879	425.527.401	19.824.756.501.330
2022	13.161.635	319.437.202	16.820.508.908.137
2023	21.410.461	571.854.847	36.659.962.915.848

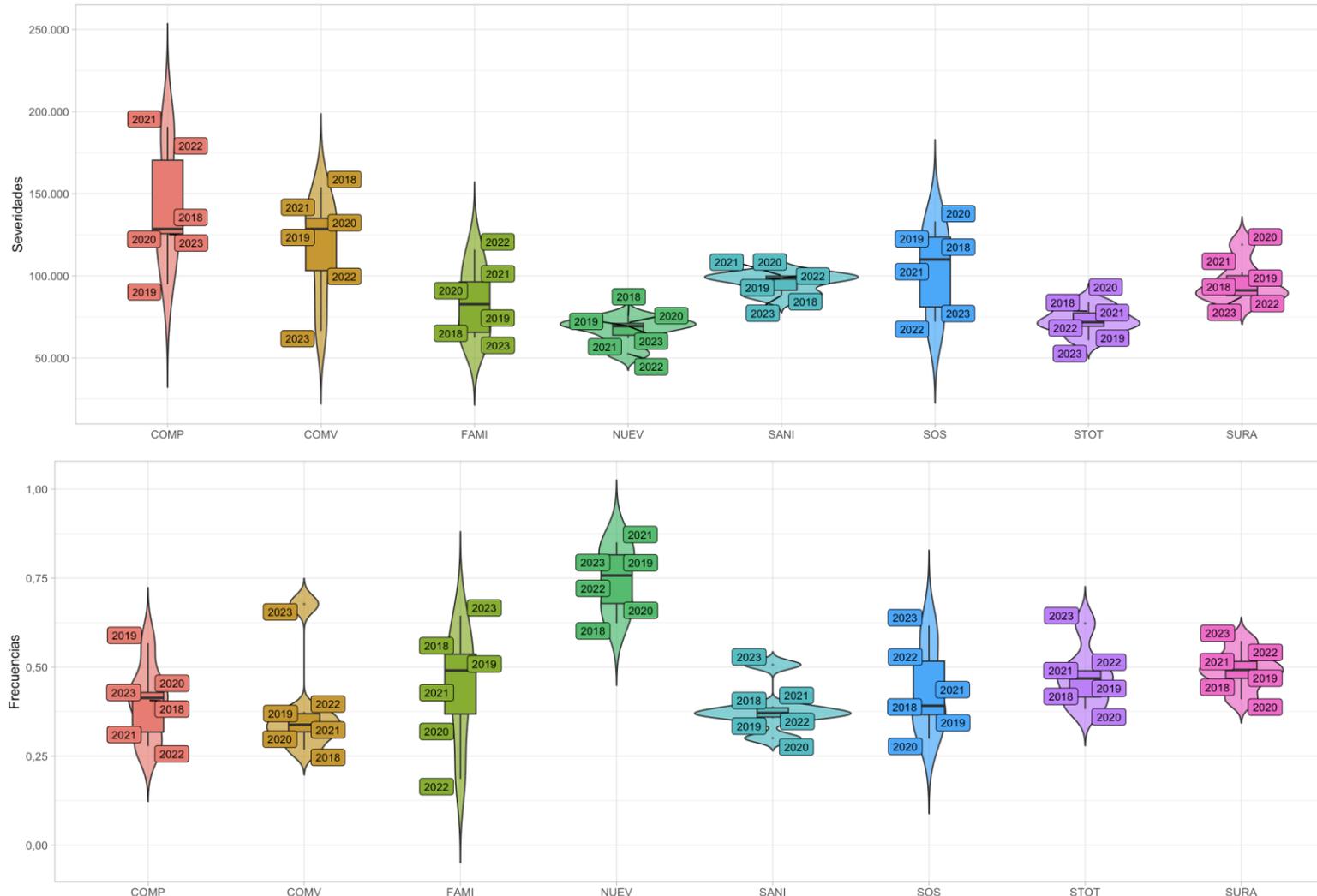
Severidad (C/B)	Frecuencia	Gasto Percápita
42.942,66	23,03	989.167,11
51.946,36	17,62	915.452,87
46.588,67	23,54	1.096.570,01
52.656,70	24,27	1.277.995,39
64.107,11	26,71	1.712.245,38



El incremento en valores no es proporcional con el incremento en afiliados. El crecimiento en valor casi duplica el de afiliados.

Los incrementos en precios son 2,4 veces la inflación. Lo cual genera un efecto compuesto que casi ha duplicado el gasto per cápita entre 2019 y 2023

Análisis de dispersión de Severidad y Frecuencias 2018-2023



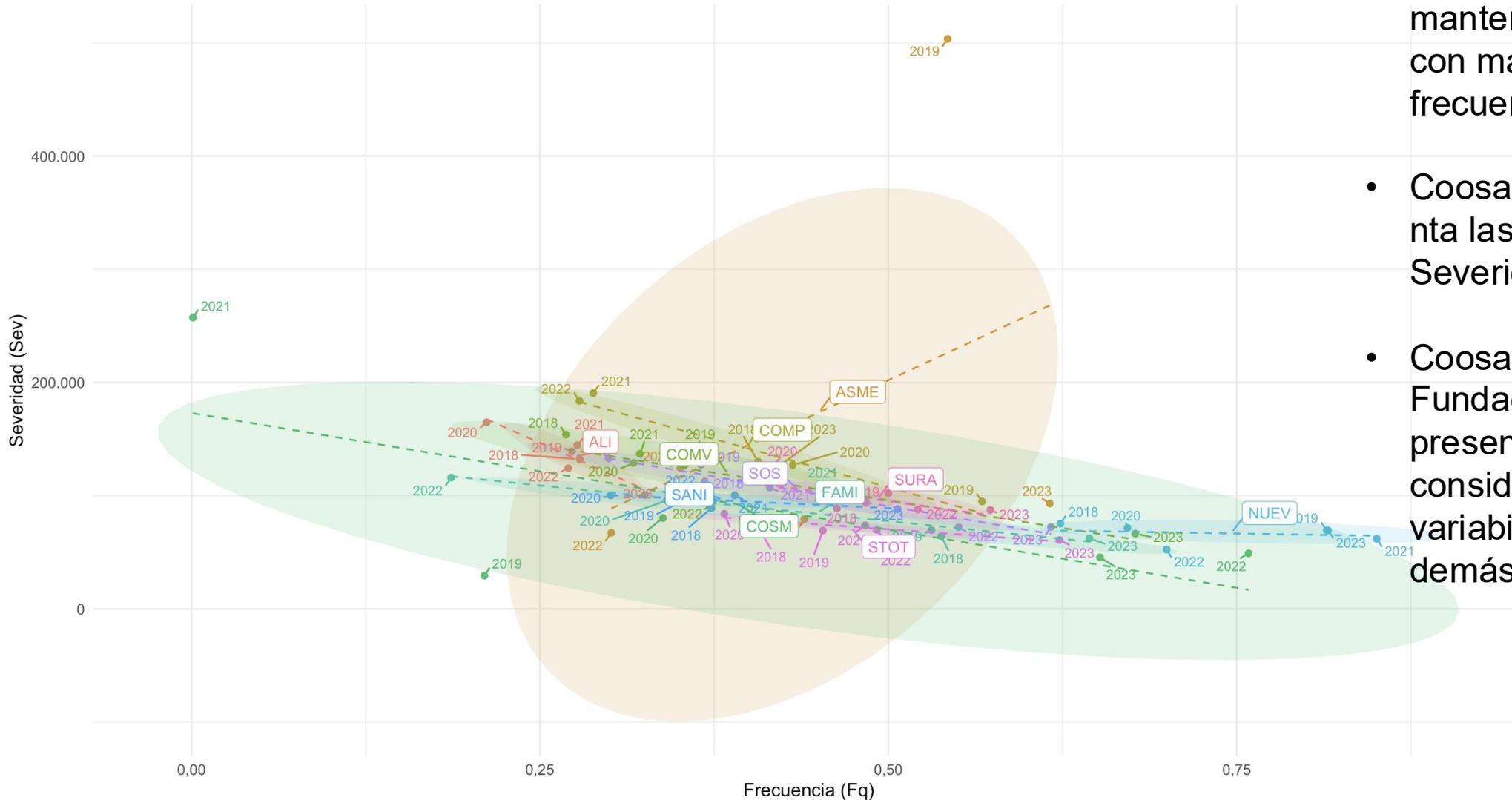
- Comfenalco valle y Compensar son las que presentan mayor variabilidad en severidad
- Comfenalco valle y Famisanar son las que mayor variabilidad presentan en frecuencia
- Sanitas y Salud total con las más homogéneas en severidad
- Sanitas y Sura son las más homogéneas en frecuencia
- Sigüientes pasos: hacer el análisis por ajustadores de riesgo

Hay 6 de 8 EPS: Comfenalco valle, Famisanar, Sanitas, Sos, Salud Total y Sura, que tienen su máximo histórico en 2023.

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

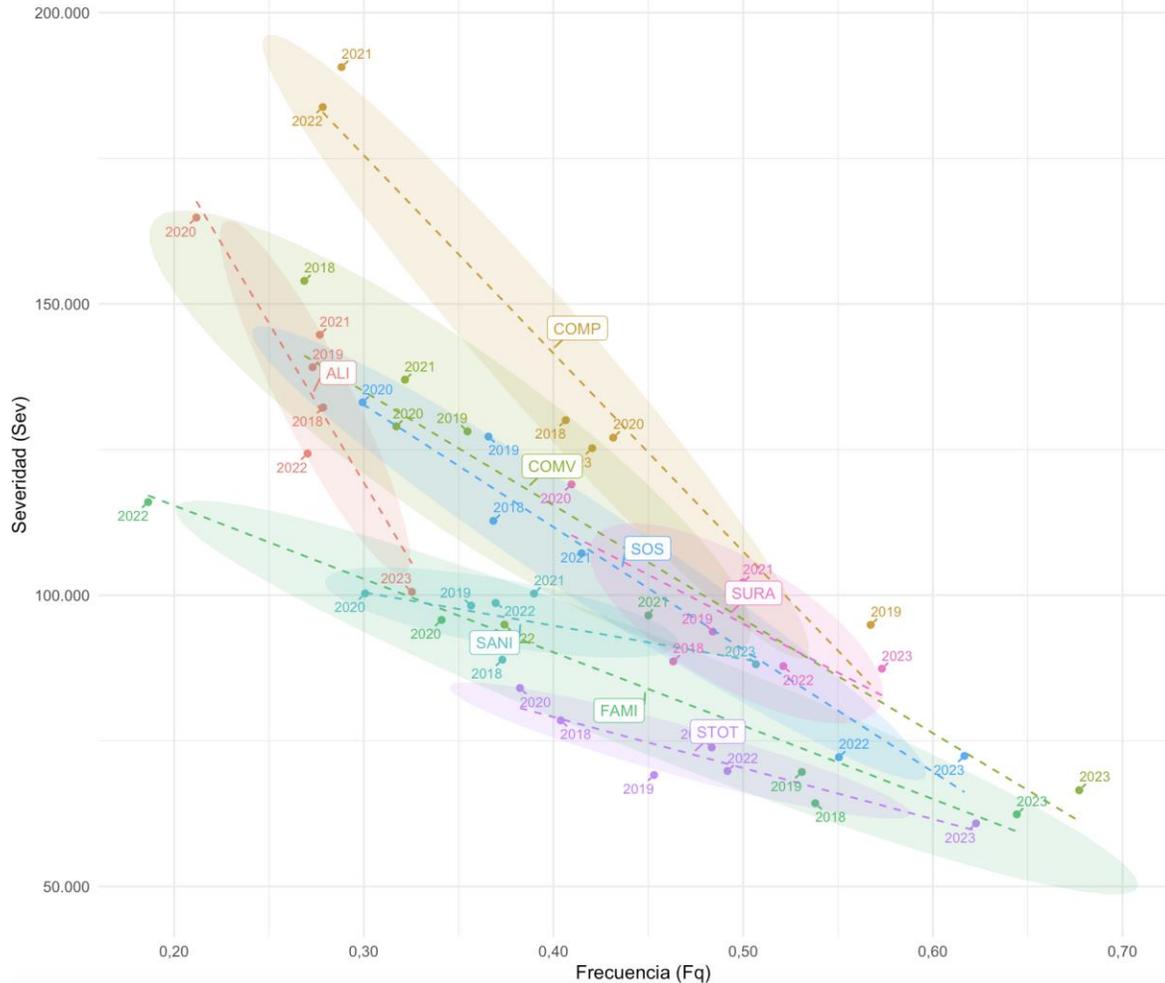
Severidad vs Frecuencias procedimientos EPS Calidades 2023



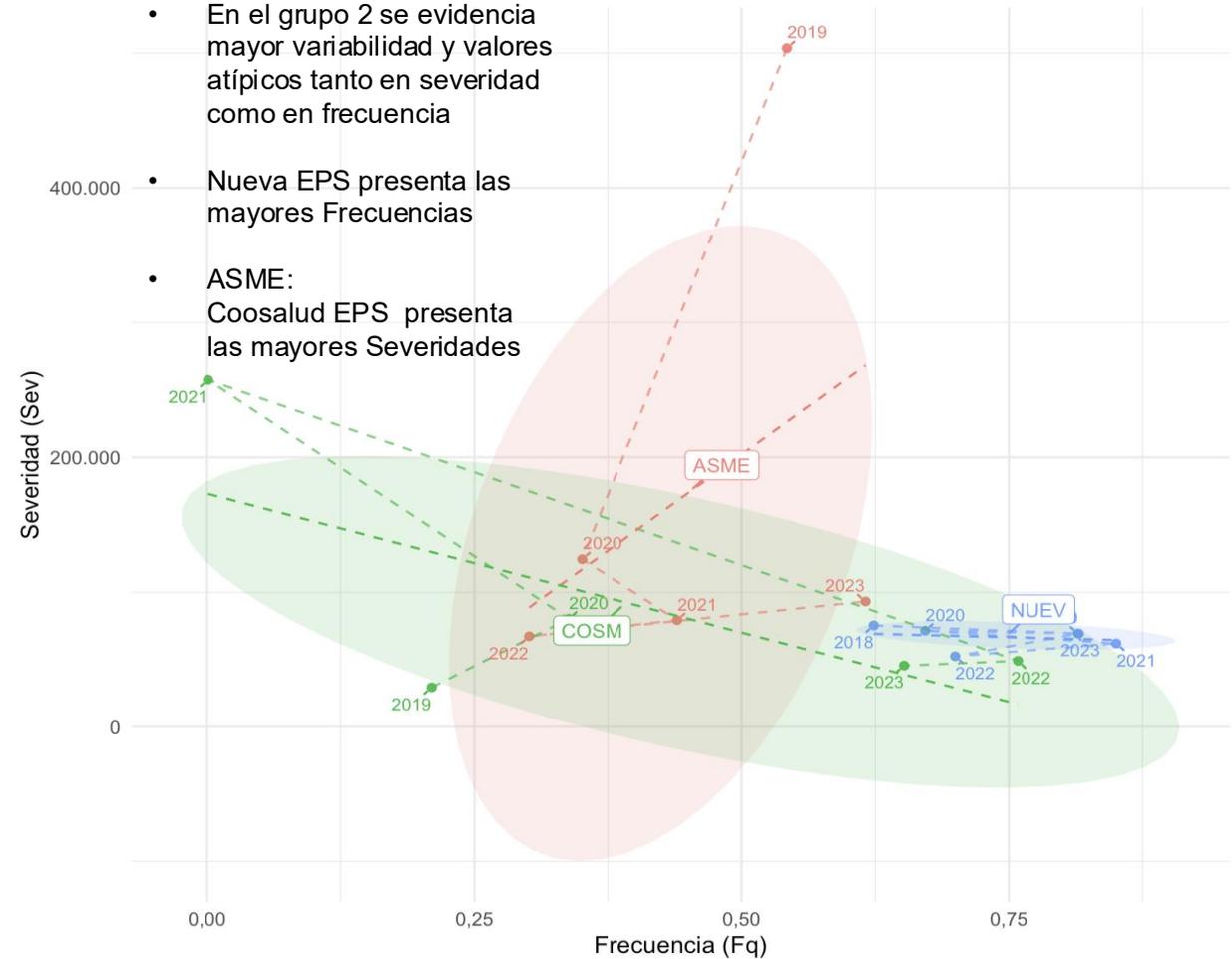
- Nueva EPS se ha mantenido en las EPS con mas altas frecuencias
- Coosalud EPS presenta las mayores Severidades
- Coosalud EPS y Fundación Salud Mia presentan una considerable mayor variabilidad que las demás EPS

Severidad vs Frecuencias procedimientos EPS Calidades 2023

Grupo 1: Comportamiento promedio



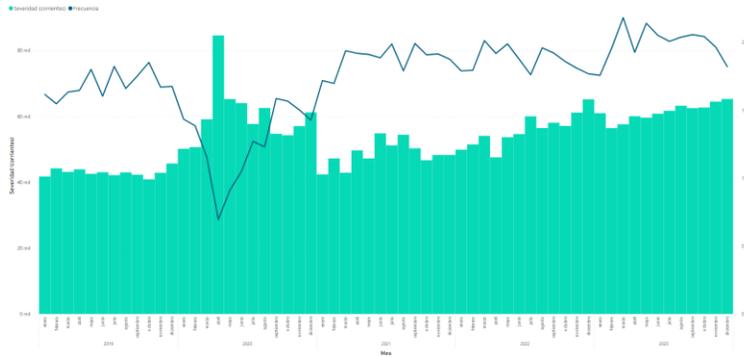
Grupo 2: Comportamiento fuera del promedio



- En el grupo 2 se evidencia mayor variabilidad y valores atípicos tanto en severidad como en frecuencia
- Nueva EPS presenta las mayores Frecuencias
- ASME: Coosalud EPS presenta las mayores Severidades

Frecuencias vs severidades

Sura



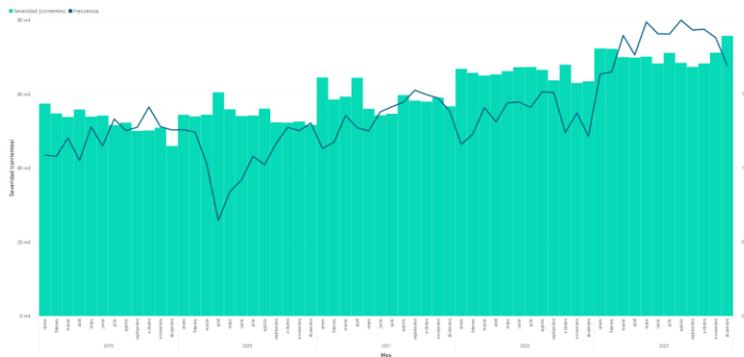
Famisanar



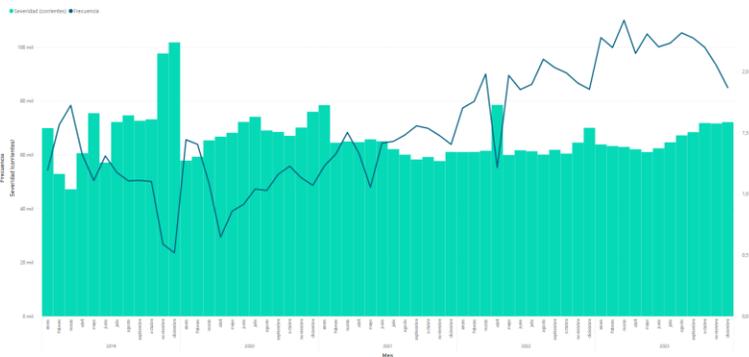
Compensar



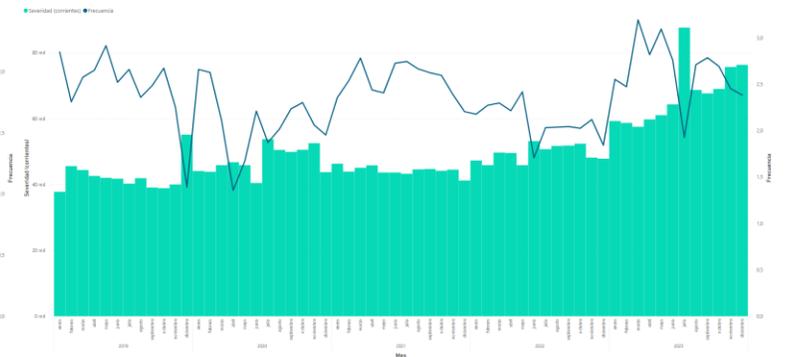
Sanitas



SOS



Nueva

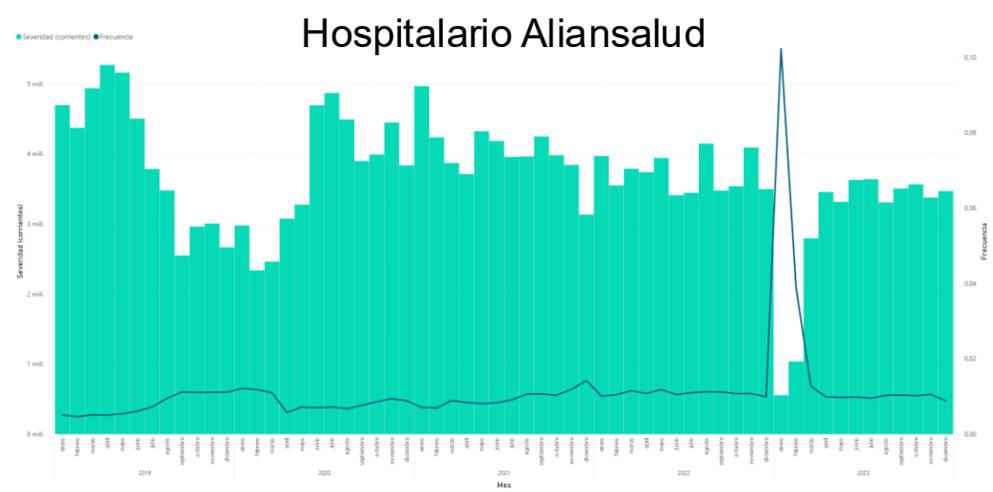
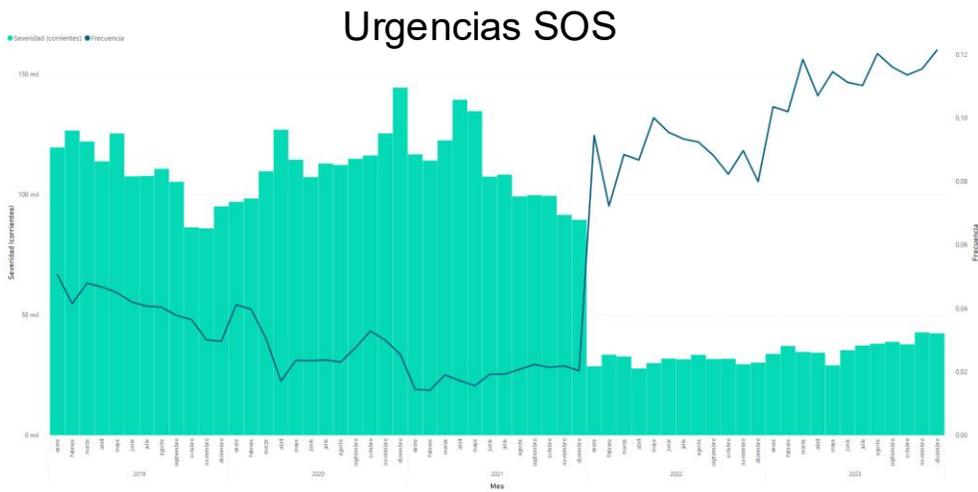
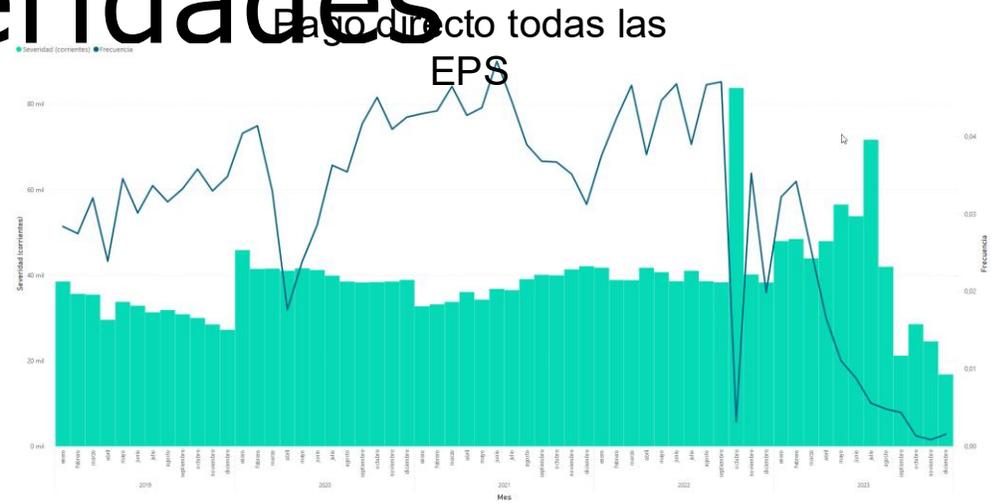
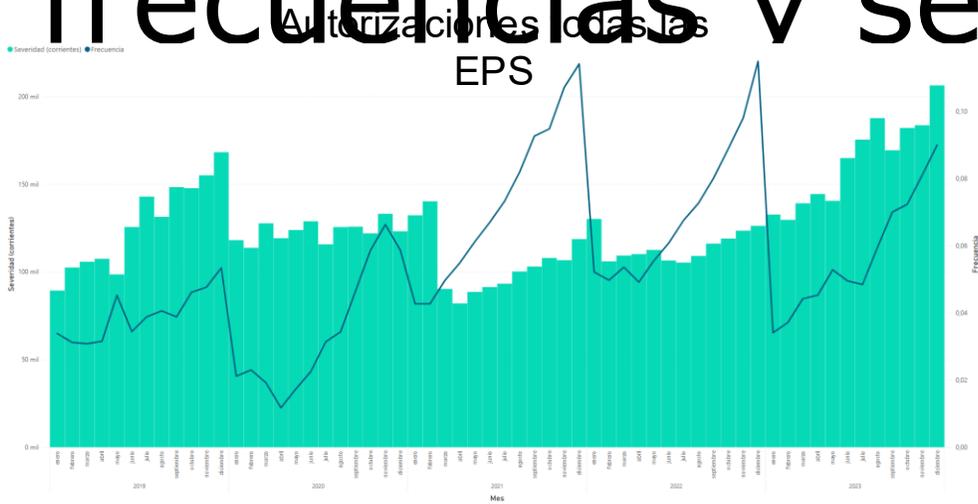


Frecuenci

Severidad

a

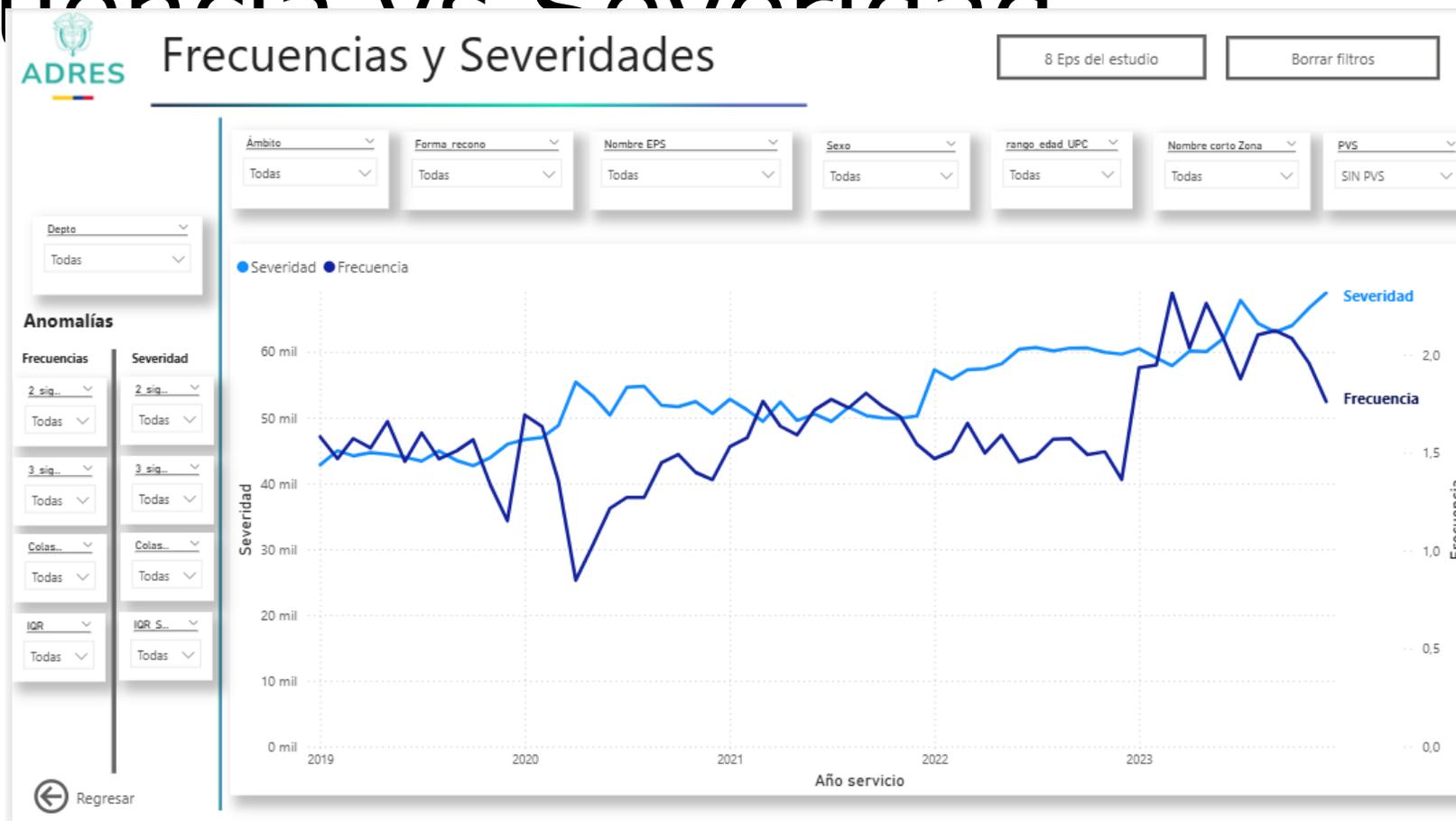
Comportamientos extraños en frecuencias y severidades



Frecuencia

Severidad

Frecuencia vs Severidad



El análisis del efecto compuesto de la severidad y la frecuencia, indican que **el driver que ha movido el costo total ha sido la severidad reportada** y no las frecuencias. Ya que **es la severidad la que ha incrementado rápidamente** con los años **mientras que la frecuencia no**. Las frecuencias solo presentan incremento en el reporte de 2023.



Análisis de Frecuencias

Frecuencias de actividades en sistema de salud

La **frecuencia** se define como el número de veces que una tecnología o servicio de salud es utilizado por la población afiliada durante un período determinado:

$$\text{Frecuencia} = \frac{\text{Cantidad de usos del servicio}}{\text{Población compensada}}$$

Cantidad de usos del servicio

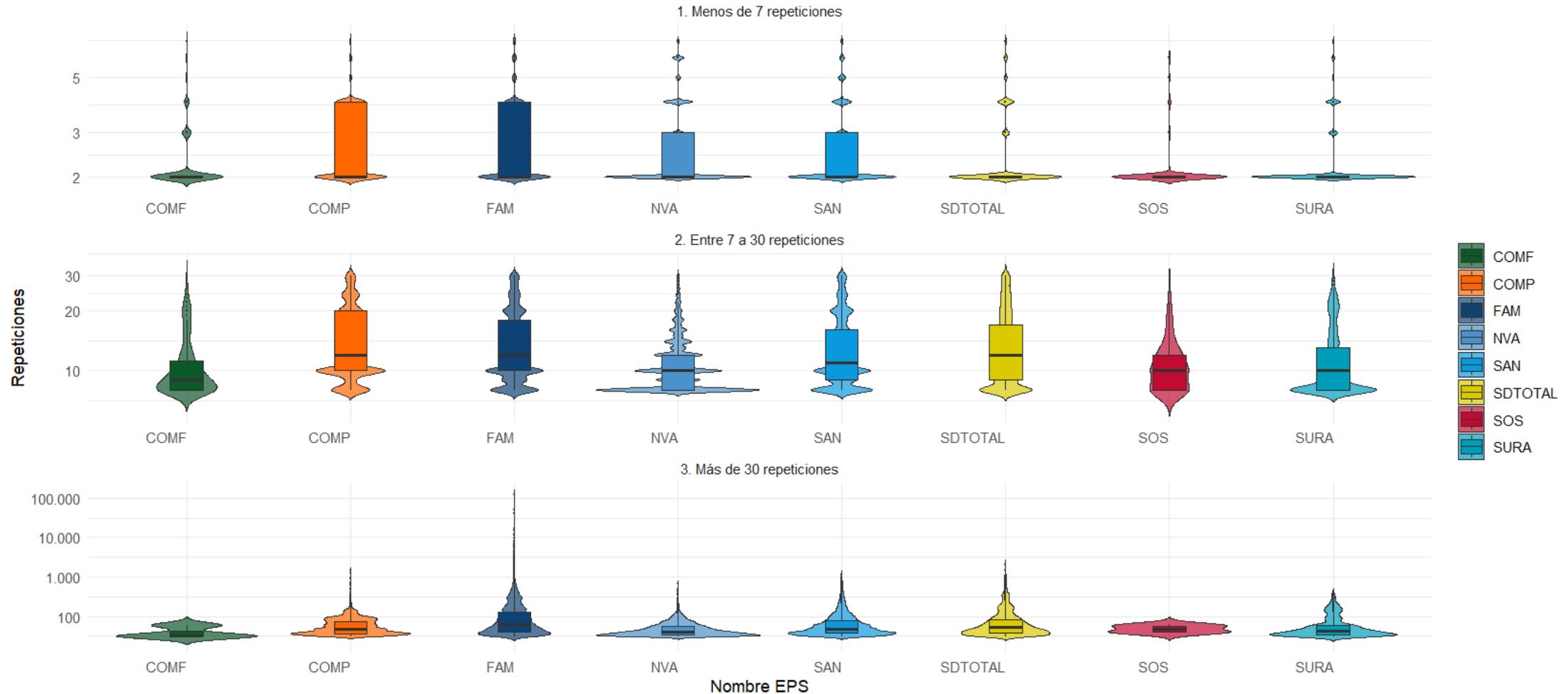
Es el número de registros de uso de servicios o actividades en el sistema de salud, actualmente este se calcula con la base de datos de suficiencia.

Población compensada

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, la **población compensada** es una medida que ajusta el número de afiliados según las liquidaciones de UPC el año.

$$Población equivalente: \frac{\sum \text{Días liquidados por UPC}}{360}$$

Repeticiones **diarias** por EPS – Mismo paciente, mismo CUPS



ACUPS vs Frecuencias por 100.000

ACUPS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Act p y p	149.703	164.916	105.104	158.619	129.825	144.007
Atención Domicil.	12.143	14.840	29.397	25.881	17.798	36.427
Cirugía Cardiov.	358	383	321	387	464	562
Cirugía General	18.510	20.748	15.375	18.589	20.798	27.136
Consulta Espec.	92.462	104.796	94.604	108.876	113.988	131.305
Consulta General	227.401	240.131	225.631	278.786	221.972	243.182
Diálisis	1.010	1.130	1.176	1.044	1.005	1.621
Hematología	671	588	711	505	600	1.638
Hospitalización	12.143	11.263	9.124	9.790	11.674	18.689
Laboratorio	413.625	513.734	421.206	490.358	461.293	612.220
Neurocirugía	624	697	570	711	782	1.726
Odontología	43.179	44.868	23.513	33.016	32.251	40.832
Otros Medios	58.590	65.602	45.401	57.380	52.088	78.792
Otros Proc.	3.500	2.791	2.068	3.110	3.812	7.301
Parto Normal	486	486	467	401	411	400
Parto por Cesárea	373	407	394	360	382	454
Quimio-Radioter.	854	977	953	465	731	1.231
Radiología	74.844	79.256	56.527	74.451	60.358	89.182
Reemplazos Art.	31	22	15	13	18	21
Rehabilitación	28.586	32.857	21.779	24.669	25.243	44.891
Traslado Pac.	1.879	2.106	2.657	2.835	2.215	11.205
Trasplantes	6	7	6	8	7	9
Trat. Odontológicos	34.491	36.653	15.898	28.815	25.209	29.942
UCI	435	436	394	386	422	644
UCI Neonatal	73	68	53	65	87	149
Urgencias	58.883	57.129	39.509	38.706	34.137	47.361

La mayores cargas en frecuencias históricamente se encuentran en consulta general y laboratorios, siendo en el promedio en el periodo de 2,4 y 4,9 por afiliado compensado

Cambio % interanual de frecuencias

ACUPS	2019	2020	2021	2022	2023
Act p y p	10,2	36,3	50,9	18,2	10,9
Atención Domicil.	22,2	98,1	12,0	31,2	104,7
Cirugía Cardiov.	6,9	16,3	20,8	19,7	21,1
Cirugía General	12,1	25,9	20,9	11,9	30,5
Consulta Espec.	13,3	9,7	15,1	4,7	15,2
Consulta General	5,6	6,0	23,6	20,4	9,6
Diálisis	11,9	4,1	11,2	3,7	61,2
Hematología	12,5	21,1	29,0	18,8	173,0
Hospitalización	7,3	19,0	7,3	19,2	60,1
Laboratorio	24,2	18,0	16,4	5,9	32,7
Neurocirugía	11,7	18,3	24,7	10,1	120,6
Odontología	3,9	47,6	40,4	2,3	26,6
Otros Medios	12,0	30,8	26,4	9,2	51,3
Otros Proc.	20,3	25,9	50,4	22,6	91,6
Parto Normal	0,1	4,0	14,1	2,5	2,7
Parto por Cesárea	9,1	3,3	8,6	6,1	18,9
Quimio-Radioter.	14,4	2,5	51,1	57,1	68,3
Radiología	5,9	28,7	31,7	18,9	47,8
Reemplazos Art.	30,8	28,2	14,0	38,8	11,7
Rehabilitación	14,9	33,7	13,3	2,3	77,8
Traslado Pac.	12,1	26,2	6,7	21,9	406,0
Trasplantes	16,7	14,8	36,8	12,8	26,1
Trat. Odontológicos	6,3	56,6	81,2	12,5	18,8
UCI	0,2	9,8	1,9	9,4	52,5
UCI Neonatal	6,4	21,3	21,3	34,1	71,5
Urgencias	3,0	30,8	2,0	11,8	38,7

El promedio del crecimiento porcentual de los ACUPS es del 63,2% frente a los demás años.

El ACUPS con mayor crecimiento fue el de traslado de pacientes, subiendo 4 veces frente al 2022, el segundo ACUPS es hematología con 1,7

Evolución de las frecuencias

Etiquetas de fila	Afiliados					Fq					Fq vs 2019					afil vs 2019				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
NUEVA	3.705.344	3.968.301	4.527.052	4.940.032	4.896.196	30,01	25,61	30,31	25,10	31,76	-14,68%	0,98%	-16,37%	5,83%		7,10%	22,18%	33,32%	32,14%	
SURA	2.156.848	2.147.471	3.778.440	4.042.806	4.148.288	21,87	15,78	23,07	22,95	24,46	-25,38%	9,49%	8,47%	16,13%		9,21%	19,50%	28,05%	31,41%	
SANITAS	2.605.199	3.100.700	3.183.111	3.798.891	3.795.927	14,00	15,12	16,15	15,71	21,41	-12,50%	7,74%	4,82%	42,81%		19,02%	33,72%	45,86%	44,17%	
SALUD TOTAL	3.045.292	3.232.557	3.558.330	3.618.013	3.430.189	10,88	15,14	19,30	15,94	24,00	-8,94%	13,84%	17,58%	46,23%		6,81%	16,85%	18,71%	12,64%	
FAMISANAR	2.172.846	2.192.378	2.257.544	2.310.716	2.200.154	18,09	13,08	16,78	6,56	20,86	-27,72%	-7,26%	-63,76%	15,32%		0,90%	3,90%	6,35%	1,26%	
COMPENSAR	1.412.153	1.540.092	1.589.434	1.618.611	1.541.057	16,63	11,42	8,55	9,35	18,24	-31,29%	-48,55%	-43,76%	9,69%		9,06%	12,55%	14,62%	9,13%	
SOS	789.598	702.934	687.374	606.609	556.390	14,08	13,25	16,96	22,58	26,89	-5,89%	20,43%	60,35%	90,93%		-10,98%	-12,95%	-23,17%	-29,54%	
COOSALUD EPS S.A.	7.645	28.264	269.862	373.606	358.797	15,48	11,95	12,81	12,15	19,75	-22,81%	-17,24%	-21,54%	27,58%		269,69%	3429,76%	4786,71%	4593,01%	
MUTUAL SER			169.911	197.175	319.103			28,88	32,85	19,05										
COMFENALCO	231.330	230.316	229.901	244.274	228.103	18,45	16,63	17,56	21,64	32,10	-9,84%	-4,81%	17,33%	74,01%		-0,44%	-0,62%	5,60%	-1,39%	
SAVIA SALUD			144.600	154.403	148.706			11,27	11,33	15,33				0,56%				36,06%		
EMSSANARS A.S.			140.272	155.066	141.124			12,42	0,60	6,52				-95,13%				-47,50%		
CAPITAL SALUD			81.769	99.628	97.511			7,91	4,01	4,03				-49,35%				-49,09%		
CAJACOPI			74.135	106.564	97.455			8,44	4,70	10,78				-44,39%				27,66%		
ASMED			90.992	105.302	96.500			15,22	17,12	16,64				12,47%				9,37%		
ALIANSALUD	96.295	103.658	102.193	102.618	93.722	23,72	19,67	23,84	25,07	31,58	-17,10%	0,49%	5,68%	33,12%		7,65%	6,13%	6,57%	-2,67%	
SALUD MIA	14.480	27.873	36.031	39.866	37.472	5,44	10,37	0,02	34,09	23,21	90,76%	-99,60%	527,14%	326,87%		92,50%	148,84%	175,32%	158,79%	
FERROCARRILES	38.983	37.416	35.230		31.579	47,96	62,94	69,65		62,03	31,24%	45,23%		29,34%		-4,02%	-9,63%		-18,99%	
ÍNDIGENA DEL CAUCA			19.708	23.197	27.593			11,67	7,73	17,55			0,00%	-33,78%				50,38%		
MALLAMAS			18.398	20.785	23.161			9,53	8,13	14,92			0,00%	-14,70%				56,49%		
CAPRESOCA E.P.S.			18.014		21.582			7,69	8,02					4,35%						
COMFAORIENTE			7.285	16.580	19.131			6,90	9,58	11,24			0,00%	38,88%				62,93%		
ANAS WAYUU					12.730					29,96										
CCF SUCRE			5.259	6.476	9.432			6,95	5,30	9,47			0,00%	-23,69%				36,30%		
CCF CHOCÓ			7.608	8.276	7.618			4,77	4,37	5,27			0,00%	-8,47%				10,56%		
EPM		8.788	8.326		7.442		31,47	22,16		31,21			-29,58%					-0,81%		
PIJAOS			4.806	6.487	7.213			5,57	4,89	8,29			0,00%	-12,32%				48,79%		
COMFAMILIAR			33.711					2,52					0,00%							
COOMEVA	1.695.666	1.250.546	987.999			22,84	22,98	18,59			0,62%	-18,61%						-26,25%	-41,73%	
SALUD BOLIVAR				14					0,86											
ECOOPSOS EPS SAS			18.893					2,62												
COMFAGUAJIRA			8.922					11,23												
MEDIMAS	2.308.339	1.315.348	705.578			5,51	12,12	13,42			119,88%	143,31%						-43,02%	-69,43%	
Total general	21.279.919	21.206.648	23.077.277	22.611.511	22.314.146	18,91	16,79	20,13	18,47	24,47	-11,20%	6,43%	-2,31%	29,40%		-0,34%	8,45%	6,26%	4,86%	

variaciones base 2019

Las frecuencias de uso de servicios han disminuido desde 2019 a 2022 en un 2%

En 2022, 12 EPS reportan menores frecuencias que en 2019, 4 EPS reportan aumentos inferiores al 10% y 5 superiores a este valor.

Lo anterior indica que el uso de servicios no ha incrementado desde 2019 y en su lugar ha disminuido.

Autorizaciones

¿El IBNR y las Autorizaciones son redundantes?

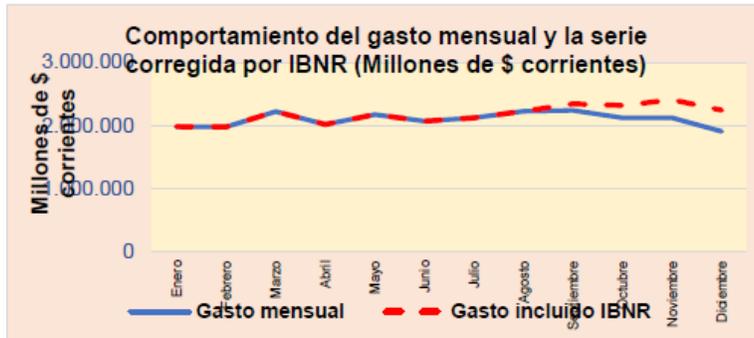
IBNR (Incurred But Not Reported) o siniestro tardío, el cual consiste en un siniestro ya ocurrido, pero aún **no avisado**, por consiguiente, desconocido al asegurador directo y al reasegurador y las reservas IBNER (Incurred But Not Enough Reserve).

Desarrollo del estudio

Análisis descriptivo de la información reportada desde la estructura del Sistema General de Seguridad Social

La solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud prestados durante el año 2022 fue enviada en diciembre de 2022 a todos los representantes legales de las Entidades Promotoras de Servicios de Salud de ambos regímenes, a través del correo electrónico y del correo físico. También fue publicada en la página web del Ministerio dando como fecha límite de entrega de información el 15 de mayo de 2023.

Las entidades realizaron el envío de los archivos planos a través de la plataforma PISIS desde el 1 al 15 de mayo de 2022, tomando como fecha de corte de la facturación el 31 de marzo de 2022. Adicionalmente, a través del FTP dispuesto por



Mes	Gasto mensual	Gasto incluido IBNR	Reserva IBNR	Reserva IBNR %
Enero	1.984.171	1.984.171	0	0,00%
Febrero	1.979.373	1.979.373	0	0,00%
Marzo	2.221.123	2.221.123	0	0,00%
Abril	2.020.490	2.020.490	0	0,00%
Mayo	2.173.279	2.173.279	0	0,00%
Junio	2.069.240	2.069.240	0	0,00%
Julio	2.123.879	2.123.879	0	0,00%
Agosto	2.228.707	2.228.707	0	0,00%
Septiembre	2.240.867	2.345.901	105.034	0,42%
Octubre	2.124.925	2.319.620	194.695	0,77%
Noviembre	2.123.557	2.408.863	285.306	1,13%
Diciembre	1.908.566	2.242.850	334.284	1,33%
Total	25.198.177	26.117.496	919.319	3,65%

La **autorización** si esta avisada, pero no liquidada

- Mismo año: Doble contabilidad, cuando se autorizó y cuando se presto en el mismo año
- Distinto año: Aprovisionado y liberado, pero pagado con plata de UPC del siguiente año
- La fecha es la de la autorización? Pero lo que solicita el estudio es la fecha de prestación, solo importan los servicios prestados en el año
- Autorización de servicios en Capitas y PGP, se supone que ya esta pagado.

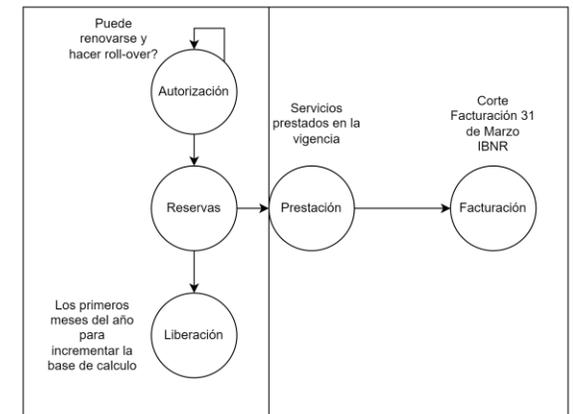
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	SI
---	----------------------------------	----	---	----

Formato: AAAA-MM-DD

Para los servicios ambulatorios corresponde a la **fecha** de realización del servicio.

Para la estancia o internación se registra la **fecha** de ingreso.

En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo, diálisis) se registra la **fecha** de inicio de la atención mensual.



Distribución de actividades y valor por forma de reconocimiento 2023

Etiquetas de fila	Autorizado		Pago Directo		Pago por capitación		Pago por caso		Pago por evento	
	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_
C	7,40%	2,80%	0,45%	0,60%	18,24%	44,83%	17,31%	18,80%	56,60%	32,97%
NUEVA	11,88%	2,65%	0,00%	0,00%	3,34%	21,30%	26,28%	47,68%	58,50%	28,37%
COMPENSAR	31,97%	25,50%	0,00%	0,00%	3,40%	26,74%	35,65%	33,44%	28,98%	14,32%
SALUD TOTAL	0,50%	0,09%	0,19%	0,61%	10,93%	45,21%	23,64%	5,34%	64,73%	48,75%
SANITAS	1,09%	0,49%	2,32%	3,07%	46,80%	56,58%	8,49%	2,02%	41,30%	37,83%
SOS	2,05%	0,37%	0,00%	0,00%	49,59%	75,18%	1,61%	0,45%	46,75%	23,99%
SURA	2,71%	0,95%	0,00%	0,00%	15,43%	68,33%	8,58%	5,86%	73,28%	24,86%
COMFENALCO	1,07%	0,09%	0,00%	0,00%	38,81%	48,17%	13,79%	5,52%	46,33%	46,22%
FAMISANAR	5,95%	1,27%	0,00%	0,00%	17,18%	44,03%	7,59%	12,49%	69,29%	42,22%
ALIANSALUD	5,09%	1,87%	0,00%	0,00%	13,96%	48,19%	21,30%	34,84%	59,65%	15,10%
ASMED	2,84%	0,36%	0,00%	0,00%	48,56%	39,39%	0,00%	0,00%	48,60%	60,26%
CAJACOPI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,27%	21,61%	5,60%	24,75%	84,13%	53,64%
CAPITAL SALUD	11,92%	11,35%	0,00%	0,00%	5,84%	14,20%	11,63%	13,85%	70,61%	60,61%
CAPRESOCA E.P.S.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	35,05%	49,95%	0,79%	0,20%	64,17%	49,84%
CCF CHOCÓ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	30,13%	61,47%	0,59%	0,02%	69,28%	38,51%
CCF SUCRE	2,49%	0,83%	0,00%	0,00%	19,10%	26,96%	9,81%	8,37%	68,60%	63,84%
COMFAORIENTE	8,49%	0,85%	0,00%	0,00%	14,26%	58,55%	0,00%	0,00%	77,25%	40,60%
COOSALUD EPS S.A.	3,60%	0,79%	0,00%	0,00%	35,67%	63,60%	5,96%	1,22%	54,77%	34,40%
EMSSANAR S.A.S.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,69%	7,60%	12,39%	1,10%	77,92%	91,30%
EPM	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
FERROCARRILES	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ÍNDIGENA DEL CAUCA	0,05%	0,01%	0,00%	0,00%	6,83%	11,72%	0,00%	0,00%	93,11%	88,28%
MALLAMAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
MUTUAL SER	4,16%	1,51%	0,00%	0,00%	17,01%	31,75%	11,64%	18,56%	67,20%	48,18%
PIJAOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,29%	0,51%	95,71%	99,49%
SALUD MIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,54%	16,16%	78,36%	80,87%	11,10%	2,96%
SAVIA SALUD	13,52%	5,67%	0,00%	0,00%	25,20%	53,73%	11,15%	12,99%	50,13%	27,61%

- El pago por Evento es el principal mecanismo de reconocimiento (56,6%), seguido de pago por caso ()
- Autorizaciones (\$) : Compensar(31%), Nueva(11%) y Famisanar(6%)
- Pago Directo: Sanitas es la única EPS que resalta por.
- El pago por capitación Sanitas (46,8%), SOS (49%) y COMFENALCO(38%)
- Pago por caso: Compensar 35% Nueva (26%)y Salud total (23%). Resalta Salud Mia con el 78% con este medio de contratación.
- Pago por evento es el mecanismo predominante, usando en menor medida por Compensar, Sanitas y Comfenalco

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Autorizaciones

Porcentaje por registros Autorizaciones 8 EPS						
EPS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	3%	0%	0%	1%	2%	0%
COMPENSAR EPS	10%	22%	10%	49%	56%	25%
FAMISANAR	1%	2%	2%	2%	3%	1%
NUEVA EPS	1%	1%	2%	3%	3%	3%
SALUD TOTAL	0%	0%	3%	5%	3%	0%
SANITAS	1%	1%	1%	1%	1%	0%
SOS	2%	2%	2%	1%	1%	0%
SURA EPS	1%	1%	3%	2%	1%	1%

Porcentaje del valor total de las 8 EPS						
EPS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	11%	0%	0%	2%	5%	1%
COMPENSAR EPS	21%	31%	14%	39%	43%	32%
FAMISANAR	7%	8%	11%	11%	7%	6%
NUEVA EPS	15%	12%	8%	19%	24%	12%
SALUD TOTAL	0%	0%	4%	7%	6%	1%
SANITAS	1%	1%	1%	2%	2%	1%
SOS	8%	6%	9%	5%	4%	2%
SURA EPS	2%	2%	3%	3%	2%	3%

Para el 2023:

- El 25% de los registros de Compensar son de autorizaciones y suma el 33% del valor total reportado
- El 3% de los registros de Nueva son autorizaciones y suman un total del 12% del valor total

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Misma actividad autorizada en 2023 y prestados en 2023 al mismo paciente

En el año 2023 se registran para las 8 EPS del estudio de 2023 un total **13.626.328 actividades autorizadas** de actividades, por un valor de **\$2,58 billones de pesos**. De las cuales se identifican atenciones prestadas en 2023 (doble facturación) por **\$313 mil millones**. En total, el 12% de las autorizaciones presentan valor duplicado.

NOMBRE EPS	CODIGO EPS	Total autorizado	Valor total autorizaciones con una atención asociada	Porcentaje de autorizaciones con atenciones registradas
EPS002	SALUD TOTAL EPS S.A.	\$ 21.222.156.122,00	\$ 660.152.532,00	3%
EPS005	EPS SANITAS S.A.S.	\$ 73.824.771.341,00	\$ 1.636.166.740,00	2%
EPS008	COMPENSAR EPS	\$ 862.303.899.068,00	\$ 113.248.753.619,00	13%
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	\$ 188.707.001.153,00	\$ 21.392.208.412,00	11%
EPS012	COMFENALCO VALLE DE LA GENTE	\$ 4.077.371.968,00	\$ 388.594.360,00	10%
EPS017	EPS FAMISANAR S.A.S.	\$ 177.966.584.274,00	\$ 16.194.116.638,00	9%
EPS018	S.O.S. S.A.	\$ 21.589.426.477,00	\$ 6.520.873.829,00	30%
EPS037	NUEVA EPS S.A.	\$ 1.208.654.320.840,00	\$ 153.424.847.500,00	13%
EPS041	NUEVA EPS S.A. -CM	\$ -	\$ -	N/A
Total general		\$ 2.558.345.531.243,00	\$ 313.465.713.630,00	12%

2,2 billones de actividades autorizadas en 2023 no tienen una prestación posterior. Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
SOS es la EPS que más autoriza y presta (posible doble contabilidad) con una relación del 30%. Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Misma actividad autorizada en 2022 y prestados en 2022 o 2023 al mismo paciente

En el año 2022 se registran para las 8 EPS del estudio de 2023 un total **20.574.104 de actividades autorizadas**, por un valor de **\$2,37 billones de pesos**. De las cuales se identifican atenciones prestadas en 2022 (**doble contabilidad**) por **\$93 mil millones** y en 2023 (**Aprovisionado y liberado**) por **\$338 mil millones**. En total, el **18,2% (\$432 mil millones)** de las valores autorizaciones **presentan duplicidad**.

NOMBRE EPS	CODIGO EPS	Total autorizado(2022)	Valor total autorizaciones con atenciones (2022)	Valor total autorizaciones con atenciones (2023)	Porcentaje de autorizaciones con atenciones registradas
EPS002	SALUD TOTAL EPS S.A.	\$ 230.160.478.017,00	\$ 22.999.792.919,00	\$ 47.511.347.790,00	31%
EPS005	EPS SANITAS S.A.S.	\$ 85.751.627.799,00	\$ 8.251.562.010,00	\$ 35.566.972.319,00	51%
EPS008	COMPENSAR EPS	\$ 1.170.022.774.652,00	\$ 22.508.614.440,00	\$ 117.819.272.474,00	12%
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	\$ 95.088.987.389,00	\$ 11.059.761.823,00	\$ 18.283.626.975,00	31%
EPS012	COMFENALCO VALLE DE LA GENTE	\$ 13.425.439.299,00	\$ 3.171.207.764,00	\$ 1.147.815.991,00	32%
EPS017	EPS FAMISANAR S.A.S.	\$ 140.374.927.129,00	\$ 20.930.522.960,00	\$ 8.317.374.839,00	21%
EPS018	S.O.S. S.A.	\$ 40.667.073.171,00	\$ 4.737.703.053,00	\$ 7.092.753.779,00	29%
EPS037	NUEVA EPS S.A.	\$ 581.648.142.931,00	\$ 52.004.609,00	\$ 103.014.043.588,00	18%
EPS041	NUEVA EPS S.A. -CM	\$ 19.878.588.481,00	\$ 833.765,00	\$ -	0%
Total general		2.377.018.038.868,00	93.712.003.343,00	338.753.207.755,00	18,19%

1.9 billones de actividades autorizadas en 2022 no tienen una prestación posterior.

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Tiempo para la prestación de una autorización a la que se le identifica una prestación posterior

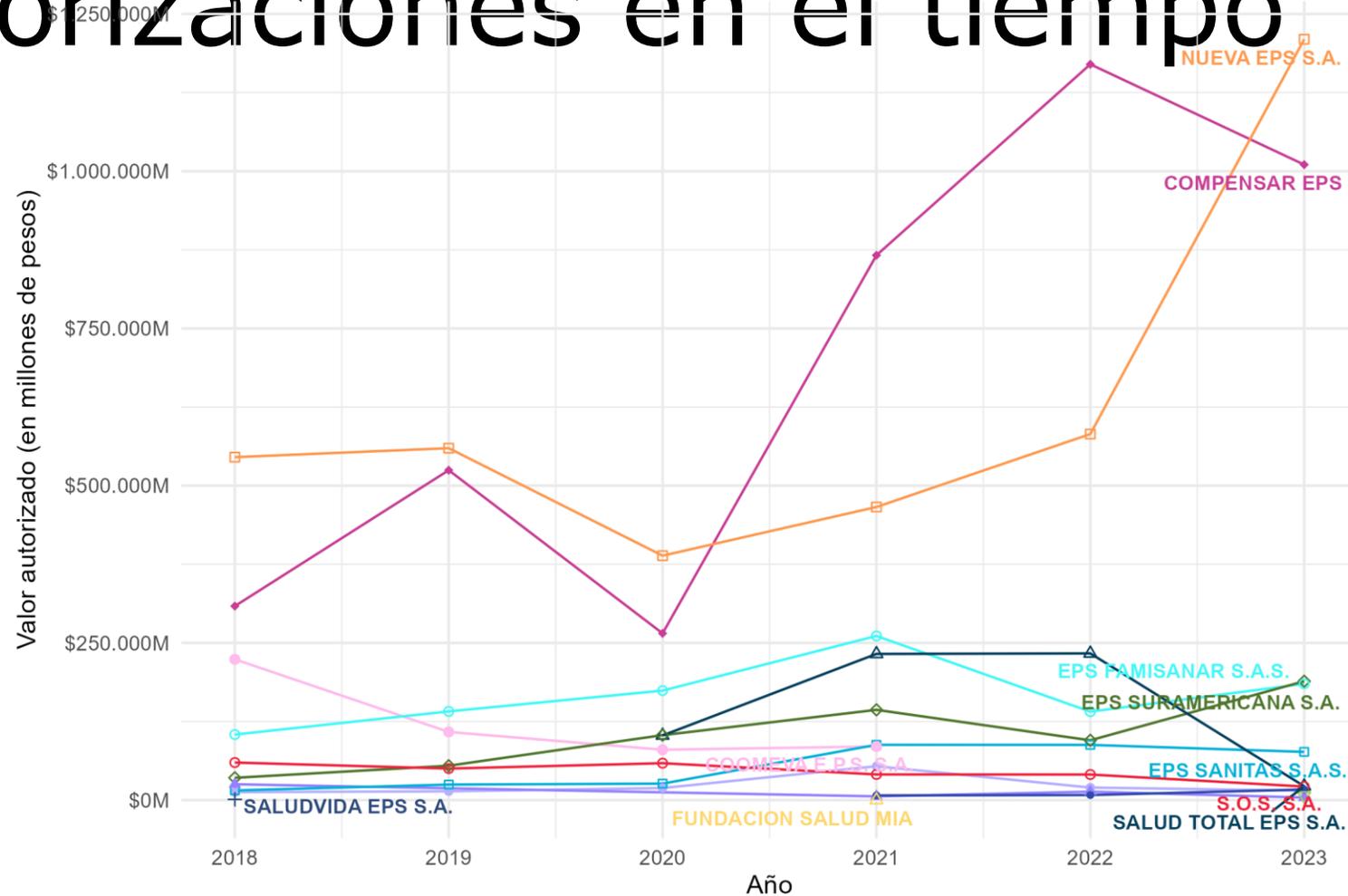
39% de las autorizaciones en 2023 tienen asociada una atención adicional para la misma actividad el mismo día, 44% dentro de los siguientes 5 días y 48% dentro de los siguientes 10 días.

Etiquetas de fila	Menos de 10 días			Total Menos de 10 días	Hasta 100 días	Hasta 1 año	1 AÑO O MÁS	Total autorizado y
	0 DÍAS	1 A 5 DÍAS	6 A 10 DÍAS					
2022	13,678	103,134	72,747	189,559	890,355	2,181,911	1,203,758	4,465,583
COMFENALCO VALLE DE LA GENTE	10	474	482	966	16,219	13,164	2,929	33,278
COMPENSAR EPS	5,099	7,637	6,917	19,653	201,468	1,147,011	990,404	2,358,536
EPS FAMISANAR S.A.S.	3,240	8,154	5,113	16,507	53,118	57,001	14,985	141,611
EPS SANITAS S.A.S.	4,712	46,866	29,072	80,650	190,817	187,509	7,885	466,861
EPS SURAMERICANA S.A.	520	7,234	5,926	13,680	80,633	101,377	16,157	211,847
NUEVA EPS S.A.	52	1,746	3,698	5,496	137,835	258,315	114,588	516,234
NUEVA EPS S.A. -CM	9	69	195	273	4,755	8,177	2,786	15,991
S.O.S. S.A.		3,257	3,375	6,632	35,845	25,637	2,189	70,303
SALUD TOTAL EPS S.A.	36	27,697	17,969	45,702	169,665	383,720	51,835	650,922
2023	719,737	86,948	67,099	873,784	670,862	294,059		1,838,705
COMFENALCO VALLE DE LA GENTE	20	249	212	481	765			1,246
COMPENSAR EPS	465,248	25,892	28,147	519,287	319,678	172,877		1,011,842
EPS FAMISANAR S.A.S.	4,248	6,844	3,026	14,118	28,328	10,936		53,382
EPS SANITAS S.A.S.	1,487	1,829	1,375	4,691	4,290	34		9,015
EPS SURAMERICANA S.A.	32,316	13,125	7,720	53,161	91,680	48,667		193,508
NUEVA EPS S.A.	212,796	32,011	21,801	266,608	201,920	57,708		526,236
NUEVA EPS S.A. -CM	3,587	1,640	860	6,087	4,592	1,209		11,888
S.O.S. S.A.	30	3,105	3,192	6,327	18,735	2,628		27,690
SALUD TOTAL EPS S.A.	5	2,253	766	3,024	874			3,898
Total general	733,415	190,082	139,846	1,063,343	1,561,217	2,475,970	1,203,758	6,304,288

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Evolución del valor de las autorizaciones en el tiempo



Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2018-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Contraste RIPS

Consideraciones, conclusiones y trabajo futuro

Consideraciones:

- **Universo:** Únicamente se analizan las 8 EPS que son parte del estudio 2025
- **Comparabilidad:**
 - **Mismo responsable del reporte:** la EPS con datos de las IPS
 - **Mismo fenómeno:** Los datos del estudio de suficiencia deben ser consistentes con los datos de RIPS, pues la fuente, los pacientes y las atenciones son similares
- **Consistencia:** con realidad epidemiológica del país
- **Diferencias en el reporte:** Posible en algunas prestaciones, por ejemplo: Egresos de hospitalización

Conclusiones

- **No se aprecia una consistencia** entre los datos de RIPS y Suficiencia.
- **Suficiencia presenta mayores procedimientos** en todos los agrupadores de CUPS
- **Los mayores incrementos en frecuencias** se aprecian en 2023.

Trabajo futuro

- Extender el ejercicio de revisión a la información reportada por todas las EPS
- Hacer comparaciones a nivel de paciente, IPS

Fuente de información RIPS y Suficiencia

Entidades obligadas a reportar	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) <ul style="list-style-type: none">- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Generan y organizan los datos del RIPS según los estándares establecidos.- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB/EPS): Consolidan y reportan la información al Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374	Estudio de Suficiencia <ul style="list-style-type: none">- Entidades Promotoras de Salud (EPS): Suministran información veraz y actualizada para establecer si las primas pagadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) son suficientes para financiar los planes de beneficios. Ministerio de Salud
Responsabilidades específicas	<ul style="list-style-type: none">- IPS: Generar, validar y enviar los datos de las prestaciones realizadas a las EPS.- EPS: Consolidar, validar y reportar la información al Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374	<ul style="list-style-type: none">- EPS: Proporcionar información para el Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), garantizando la financiación de los servicios y tecnologías en salud. Ministerio de Salud
Normatividad aplicable	<ul style="list-style-type: none">- Resolución 3374 de 2000: Reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.- Resolución 1036 de 2022: Actualiza la reglamentación del RIPS, integrando la factura electrónica en salud como soporte del RIPS.	<ul style="list-style-type: none">- Guía Metodológica para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Estudios de Suficiencia: Detalla los procedimientos y términos para que las EPS suministren la información necesaria para el estudio de suficiencia. Ministerio de Salud- Solicitudes de Información del Ministerio de Salud y Protección Social: Documentos periódicos que requieren a las EPS la entrega de datos para el análisis de suficiencia. Ministerio de Salud

Variación interanual 2022 – 2023 de

ACUP	Suficiencia		RIPS		Variación suficiencia (%)	Variación RIPS (%)
	2022	2023	2022	2023		
Actividades p y p	27.034.256	41.898.554	22.878.906	29.941.122	54,98	30,87
Atencion domiciliaria	4.167.101	8.994.541	2.322.657	2.124.020	115,85	-8,55
Atención de parto normal	112.306	118.358	61.659	54.710	5,39	-11,27
Atención cesárea	100.722	135.479	53.935	49.121	34,51	-8,93
Cirugía Cardiovascular	113.130	139.376	74.194	69.245	23,20	-6,67
Cir. no alto costo	5.164.114	6.914.192	3.469.089	4.298.641	33,89	23,91
Cir.Sistema Nervioso	186.723	419.849	123.642	138.290	124,85	11,85
Consulta Medicina General	53.131.836	59.714.856	41.351.365	37.261.282	12,39	-9,89
Consulta Especializada	27.722.517	33.400.299	22.625.330	21.597.314	20,48	-4,54
Consultas Rehabilitacion	3.320.371	3.578.479	2.310.361	1.918.735	7,77	-16,95
Consultas odontología	7.832.822	10.170.569	8.278.963	7.558.217	29,85	-8,71
Hematología	155.423	484.658	237.127	249.419	211,83	5,18
Hospitalización básica	3.003.577	3.168.413	2.753.122	2.504.839	5,49	-9,02
Laboratorio	107.139.602	152.251.512	101.421.688	111.764.017	42,11	10,20
Medios DX trat. esp	12.709.032	17.984.083	9.986.008	10.652.665	41,51	6,68
No quirúrgicos o esp	895.778	1.713.786	606.532	711.183	91,32	17,25
Quimio y radioterapia	174.667	295.913	110.962	122.351	69,42	10,26
Radiología e Imágenes	14.631.895	22.634.462	12.952.028	14.963.776	54,69	15,53
Reemplazos Articulares	4.305	4.923	2.177	2.447	14,36	12,40
Terapias rehabilitacion	8.407.521	18.803.243	5.290.203	6.984.053	123,65	32,02
Trasplantes	1.610	2.018	767	1.029	25,34	34,16
ERC diálisis	244.023	428.793	168.494	166.790	75,72	-1,01
Tratamientos odontologicos	5.446.100	7.562.914	3.999.730	4.763.757	38,87	19,10
Urgencias	8.335.196	12.148.902	7.715.852	7.597.582	45,75	-1,53

- En promedio, la variación interanual de registros por los ACUPS respecto a la base de suficiencia es del 54,3 % respecto al 5,93 % de variación de los registros de la base de los RIPS.
- La mayor variación interanual está en el ACUP de Hematología, con un valor de 211,83 %.

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

RIPS vs Suficiencia – 8 EPS – Sin autorizaciones



- **No se aprecia una consistencia** entre los datos de RIPS y Suficiencia.
- **Suficiencia presenta mayores procedimientos** en todos los agrupadores de CUPS, excepto en Hematología

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Nueva EPS

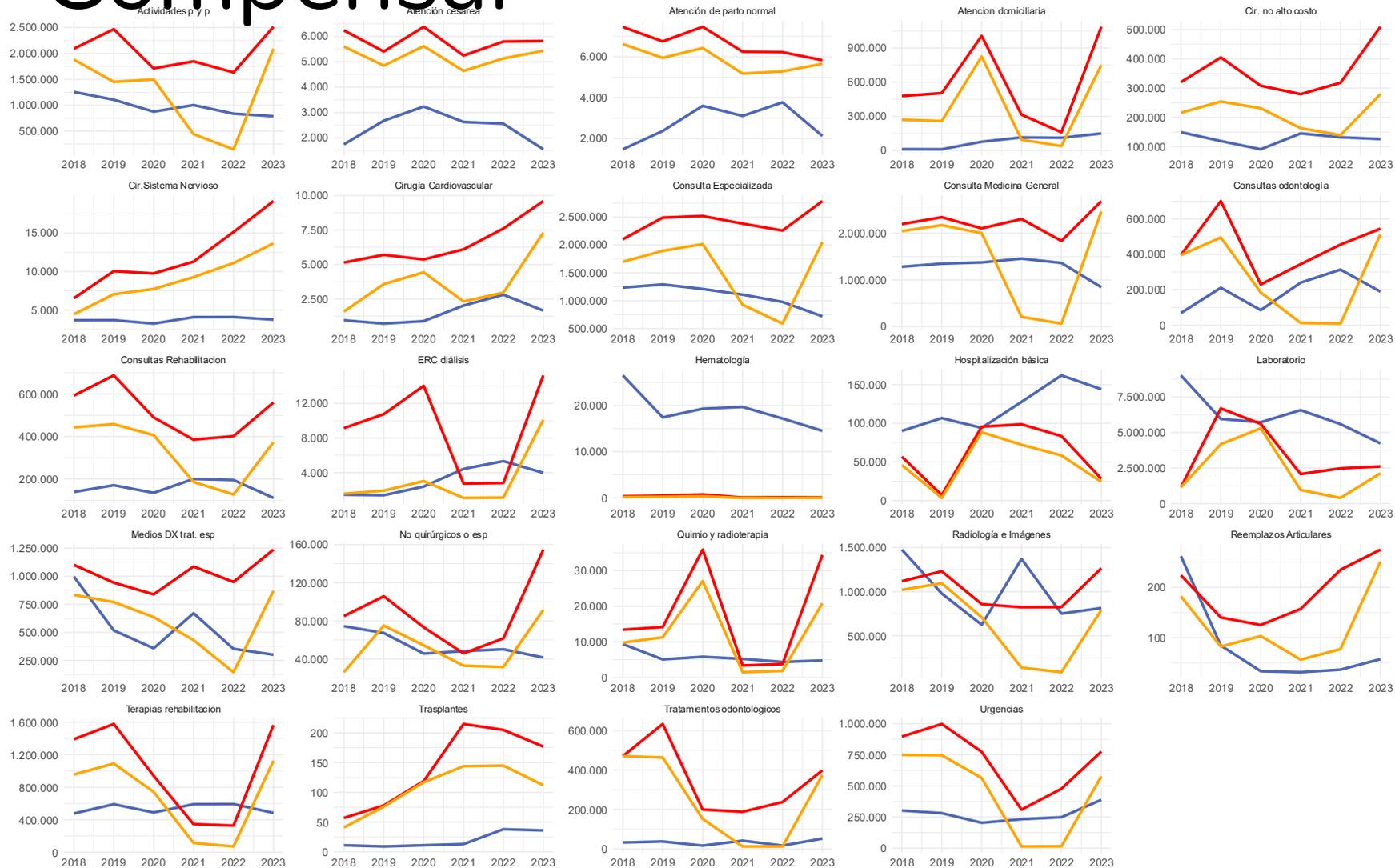


Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

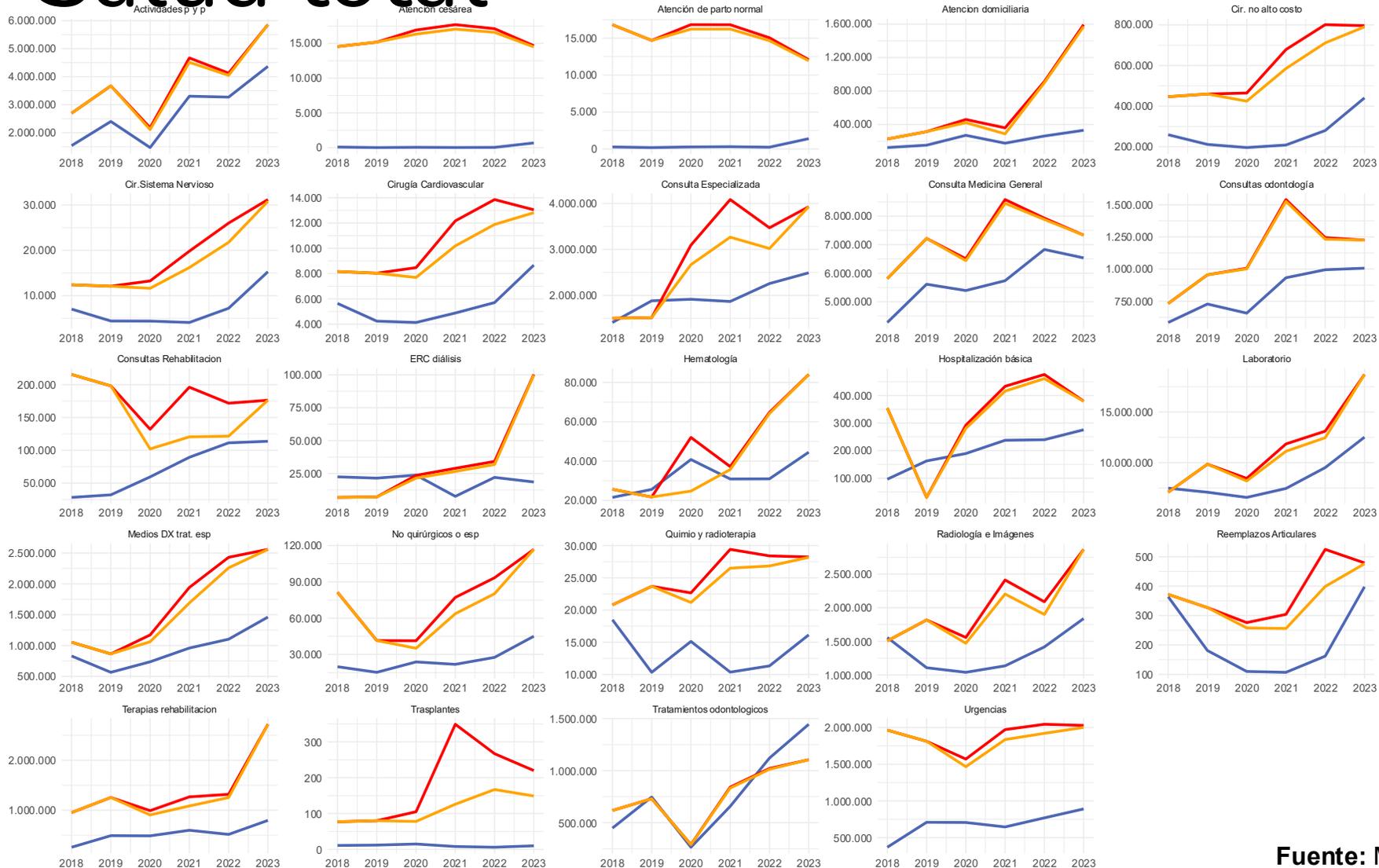
Compensar



— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

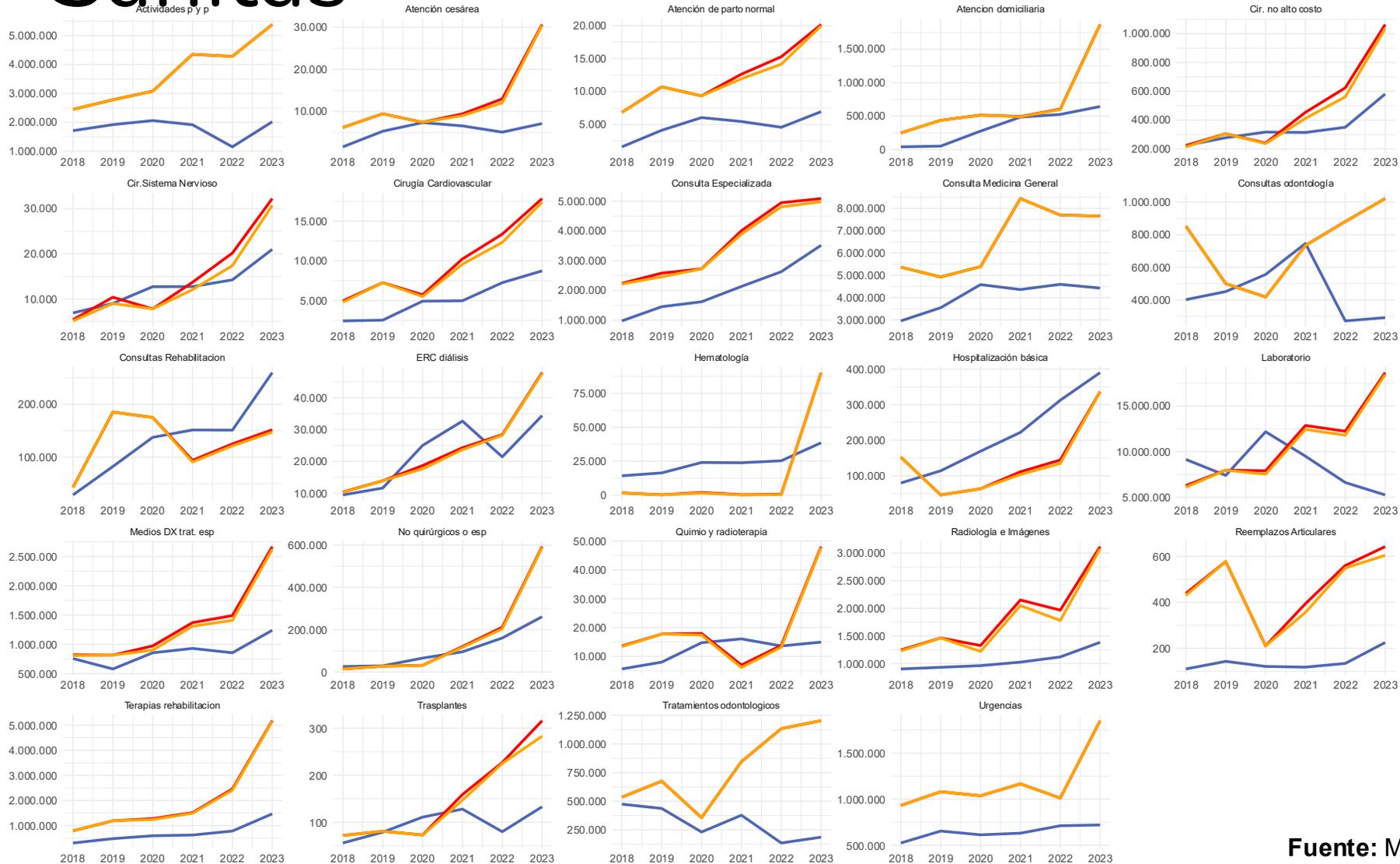
Salud total



— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Sanitas

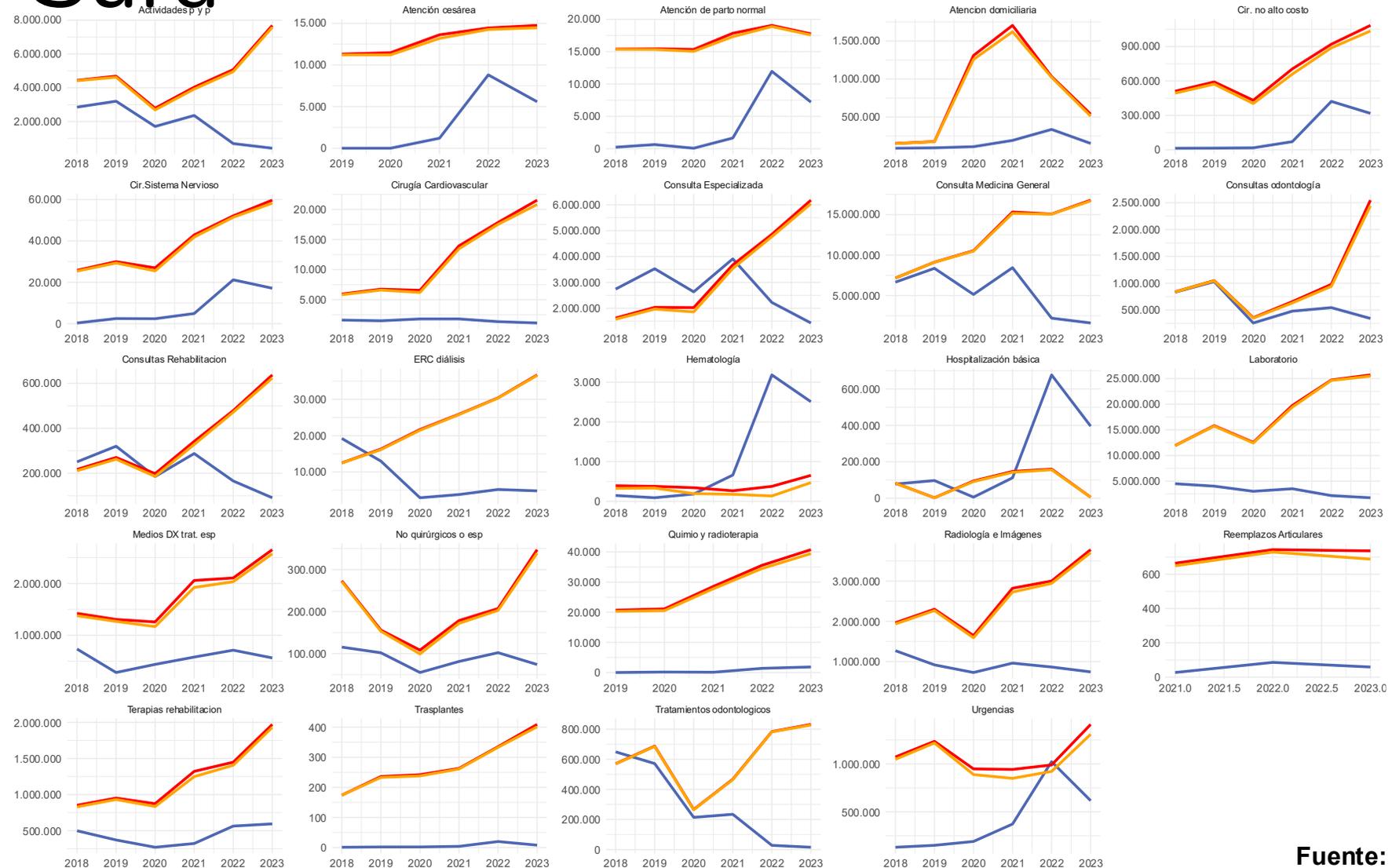


Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

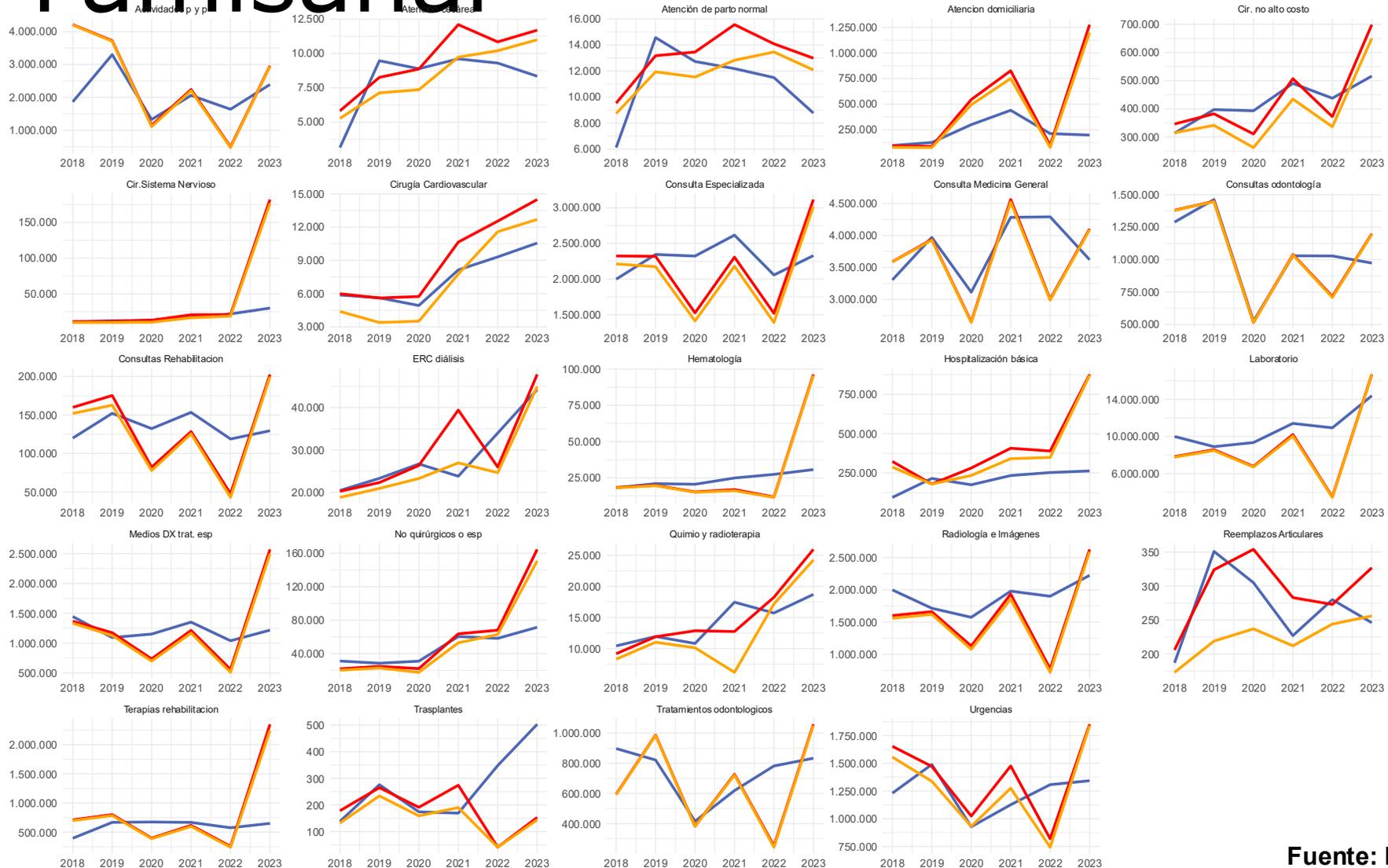
Sura



— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Famisanar



— RIPS — Suficiencia — Suficiencia sin autorizaciones

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Severidad

Severidad

La **severidad** mide el **costo promedio por actividad realizada** en el sistema de salud, a mayor severidad, las reclamaciones son más costosas en promedio

$$\textit{Severidad} = \frac{\textit{Valor total de las reclamaciones}}{\textit{Número de reclamaciones}}$$

ACI IDC vs Severidades en miles

ACUP	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Act p y p	\$ 32	\$ 32	\$ 44	\$ 39	\$ 23	\$ 30
Atención Domicil.	\$ 342	\$ 315	\$ 189	\$ 182	\$ 123	\$ 77
Cirugía Cardiov.	\$ 5.752	\$ 6.999	\$ 6.077	\$ 7.322	\$ 7.056	\$ 6.462
Cirugía General	\$ 881	\$ 1.046	\$ 1.146	\$ 1.042	\$ 982	\$ 986
Consulta Espec.	\$ 70	\$ 86	\$ 73	\$ 63	\$ 62	\$ 57
Consulta General	\$ 28	\$ 28	\$ 34	\$ 32	\$ 26	\$ 25
Diálisis	\$ 3.504	\$ 3.244	\$ 3.664	\$ 3.815	\$ 2.894	\$ 1.668
Hematología	\$ 835	\$ 617	\$ 543	\$ 448	\$ 308	\$ 332
Hospitalización	\$ 1.132	\$ 884	\$ 1.123	\$ 1.307	\$ 997	\$ 626
Laboratorio	\$ 25	\$ 24	\$ 29	\$ 26	\$ 21	\$ 21
Neurocirugía	\$ 2.933	\$ 3.049	\$ 3.035	\$ 2.806	\$ 2.488	\$ 1.523
Odontología	\$ 23	\$ 25	\$ 24	\$ 26	\$ 24	\$ 23
Otros Medios	\$ 74	\$ 78	\$ 107	\$ 86	\$ 79	\$ 83
Otros Proc.	\$ 86	\$ 222	\$ 389	\$ 369	\$ 456	\$ 270
Parto Normal	\$ 1.700	\$ 1.701	\$ 1.688	\$ 1.616	\$ 1.509	\$ 1.508
Parto por Cesárea	\$ 1.981	\$ 1.931	\$ 1.948	\$ 1.837	\$ 1.713	\$ 1.648
Quimio-Radioter.	\$ 2.963	\$ 3.146	\$ 2.641	\$ 3.870	\$ 3.385	\$ 2.697
Radiología	\$ 112	\$ 115	\$ 139	\$ 129	\$ 111	\$ 119
Reemplazos Art.	\$ 9.970	\$ 10.922	\$ 8.785	\$ 9.870	\$ 8.663	\$ 9.722
Rehabilitación	\$ 66	\$ 66	\$ 80	\$ 105	\$ 61	\$ 59
Traslado Pac.	\$ 772	\$ 388	\$ 282	\$ 360	\$ 320	\$ 140
Trasplantes	\$ 110.763	\$ 130.392	\$ 141.450	\$ 124.744	\$ 128.629	\$ 111.557
Trat. Odontológicos	\$ 47	\$ 42	\$ 53	\$ 52	\$ 40	\$ 48
UCI	\$ 10.309	\$ 7.818	\$ 11.735	\$ 16.195	\$ 9.334	\$ 5.091
UCI Neonatal	\$ 7.681	\$ 6.672	\$ 9.604	\$ 10.799	\$ 7.415	\$ 3.904
Urgencias	\$ 112	\$ 112	\$ 146	\$ 118	\$ 106	\$ 99

Las mayores severidades históricamente se encuentran en trasplantes.

Para el año 2023 también se presenta alta severidad para reemplazos art. y cirugía cardiovascular.

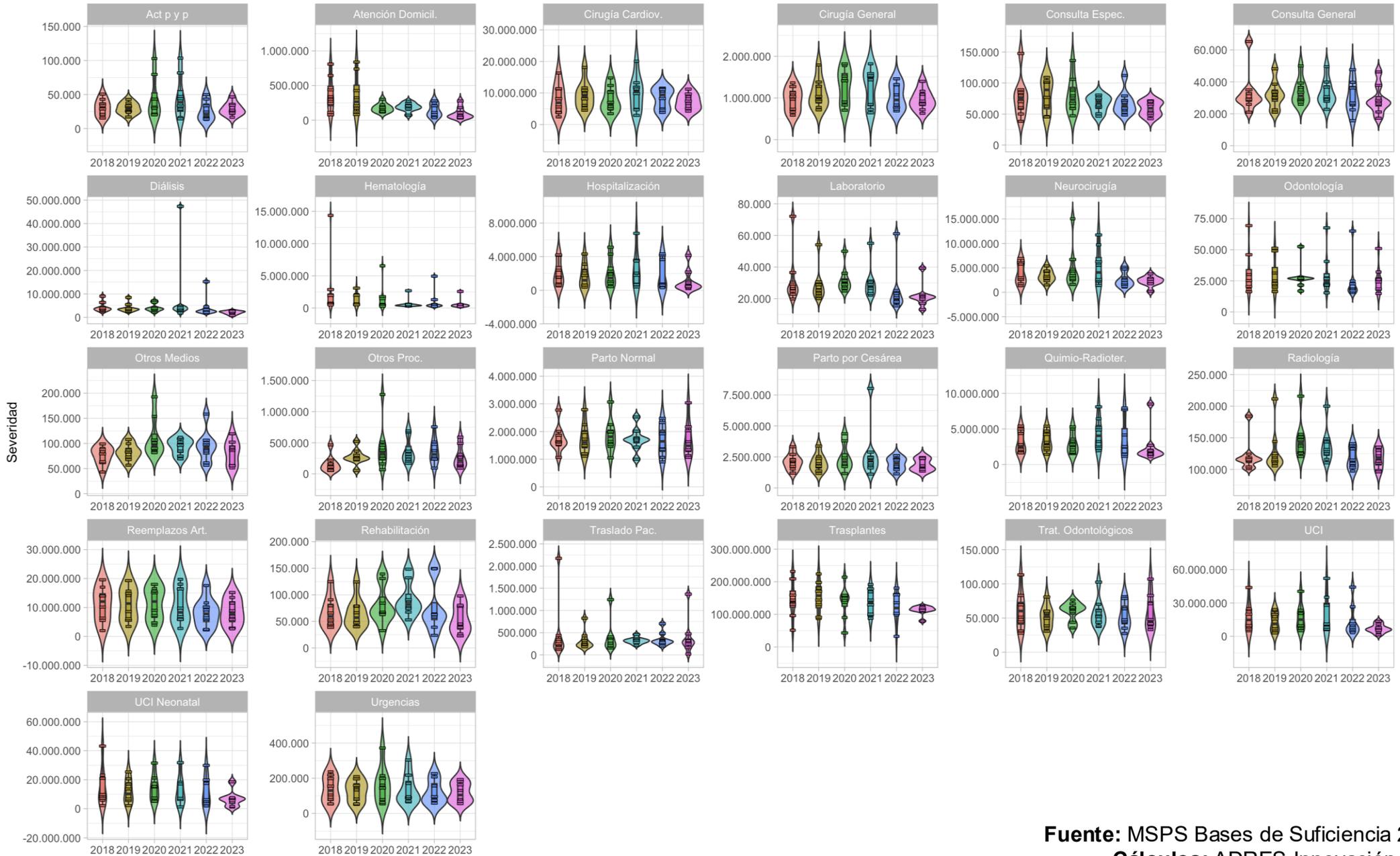
Cambio % interanual de severidades

ACUPS	2019	2020	2021	2022	2023
Act p y p	0,0	33,3	0,0	-50,0	50,0
Atención Domicil.	-8,8	-38,7	-5,3	-33,3	-33,3
Cirugía Cardiov.	21,7	-13,1	20,4	-3,6	-8,5
Cirugía General	19,3	9,5	-9,6	-5,8	1,0
Consulta Espec.	28,6	-22,2	-14,3	0,0	0,0
Consulta General	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Diálisis	-7,4	13,0	4,4	-24,4	-42,2
Hematología	-25,3	-12,9	-16,7	-31,1	6,5
Hospitalización	-22,1	27,3	17,0	-23,7	-37,0
Laboratorio	-33,3	50,0	0,0	-33,3	0,0
Neurocirugía	4,1	-0,3	-7,6	-11,4	-39,0
Odontología	0,0	0,0	50,0	-33,3	0,0
Otros Medios	14,3	37,5	-18,2	-11,1	0,0
Otros Proc.	144,4	77,3	-5,1	24,3	-41,3
Parto Normal	0,0	-0,6	-4,1	-6,8	0,0
Parto por Cesárea	-2,5	1,0	-5,6	-7,1	-3,5
Quimio-Radioter.	6,4	-16,2	46,6	-12,4	-20,4
Radiología	9,1	16,7	-7,1	-15,4	9,1
Reemplazos Art.	9,5	-19,5	12,3	-12,3	12,2
Rehabilitación	0,0	14,3	25,0	-40,0	0,0
Traslado Pac.	-49,4	-28,2	28,6	-11,1	-56,3
Trasplantes	17,7	8,5	-11,8	3,1	-13,3
Trat. Odontológicos	-20,0	25,0	0,0	-20,0	25,0
UCI	-24,2	50,1	38,0	-42,4	-45,4
UCI Neonatal	-13,2	43,9	12,5	-31,4	-47,4
Urgencias	0,0	36,4	-20,0	-8,3	-9,1

La mediana de variación de los ACUPS es del -1,75% del año 2023 respecto al año 2022.

El ACUPS con mayor variación absoluta fueron el de traslado de pacientes, decreciendo 56%, el segundo ACUPS es UCI Neonatal

Severidad por ACUP y Año



Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

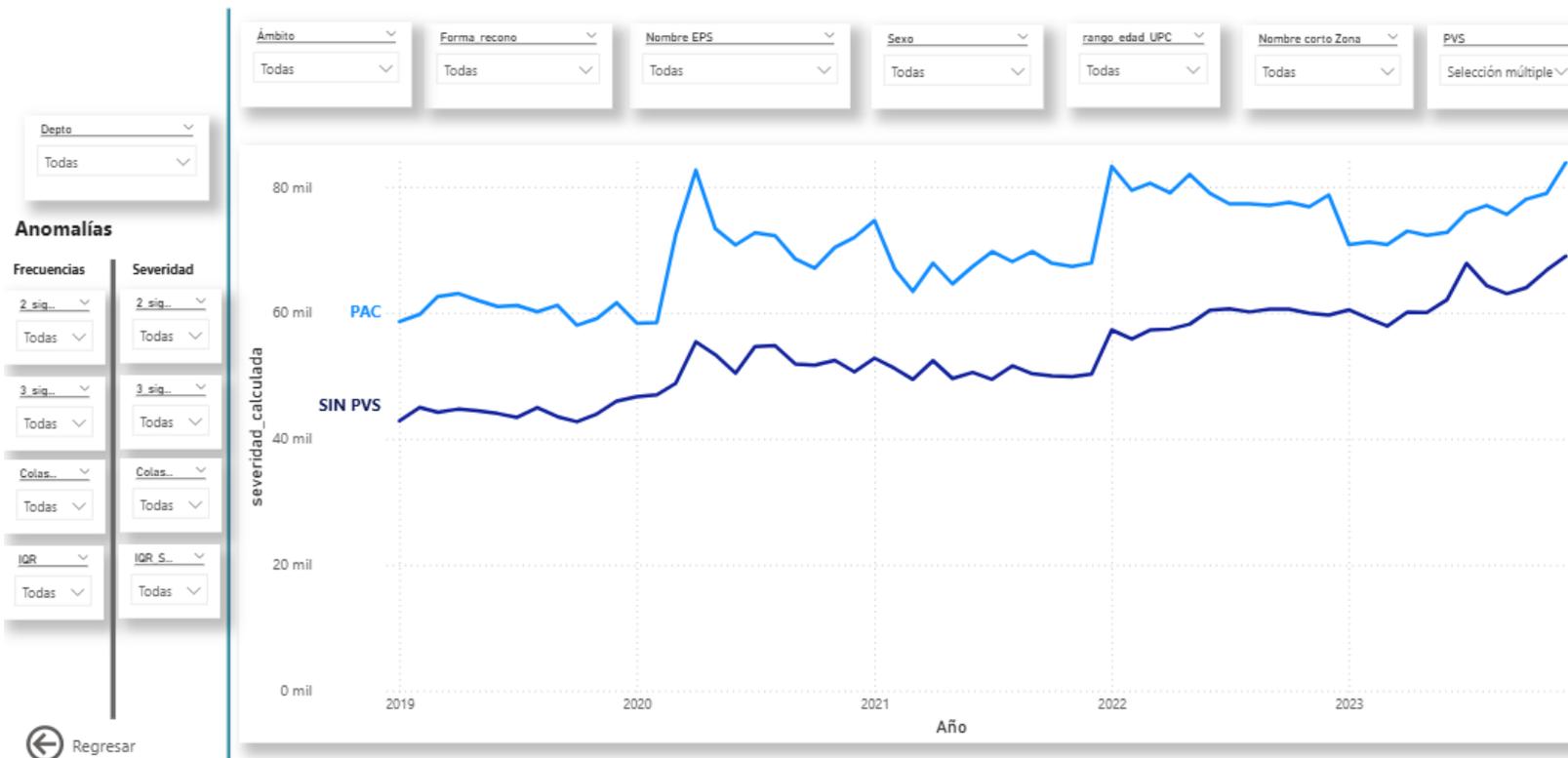
Severidad



Severidades

8 Eps del estudio

Borrar filtros



Respecto de la severidad, los valores por actividad **incrementan en 2020 comparados con 2019** y se reducen a lo largo de 2021, incluso se identifica **una disminución** pasando de un promedio de 52 mil pesos a uno de 50 mil (**4% de reducción**). Es en 2022 donde se identifica **un salto en los precios**, pasando bruscamente a 57 mil pesos (**incremento del 14%**), mientras que en 2023 el incremento es constante a lo largo del año cerrando en 68 mil pesos (**19% más**)c

Evolución de las severidades

comparando contra 2019

Etiquetas de fila	Afiliados					Severidad_calc					sev vs 2019					afil vs 2019				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
NUEVA	2.795.011	3.938.801	4.527.952	4.940.088	4.836.196	41.756	45.977	44.297	49.092	65.927	1,50%	5,61%	17,57%	57,89%		7,10%	22,18%	33,32%	32,14%	
SURA	3.136.846	3.477.771	3.722.440	4.442.306	4.148.309	41.836	56.811	41.390	51.691	61.356	35,81%	10,88%	28,34%	46,66%		9,21%	19,50%	28,05%	31,41%	
SANITAS	2.665.359	3.166.709	3.463.714	3.799.691	3.733.927	51.021	53.454	56.210	64.469	66.366	5,33%	12,76%	24,89%	32,44%		19,02%	33,72%	45,86%	44,17%	
SALUD TOTAL	3.045.252	3.252.557	3.558.330	3.615.013	3.430.139	37.086	45.148	44.622	51.764	49.983	21,74%	20,32%	39,58%	34,78%		6,81%	16,85%	18,71%	12,64%	
FAMISANAR	2.172.846	2.192.378	2.257.544	2.310.716	2.200.154	40.930	54.013	59.871	119.567	62.020	31,97%	46,28%	192,13%	51,53%		0,90%	3,90%	6,35%	1,26%	
COMPENSAR	1.412.153	1.540.092	1.589.434	1.618.611	1.541.057	48.915	73.435	121.368	131.227	79.037	50,13%	148,12%	168,27%	61,58%		9,06%	12,55%	14,62%	9,13%	
SOS	789.598	702.934	687.374	606.609	556.390	67.047	66.328	62.305	61.828	64.546	-1,07%	-7,07%	-7,78%	-3,73%		-10,98%	-12,95%	-23,17%	-29,54%	
COOSALUD EPS S.A.	7.645	28.264	269.862	373.606	358.797	306.917	76.274	56.204	55.528	64.785		-26,31%	-27,20%	-15,06%		269,69%	3429,76%	4786,71%	4593,01%	
MUTUAL SER			169.911	197.175	319.103			37.108	38.622	55.141				4,08%	48,60%			16,05%	87,81%	
COMFENALCO	231.330	230.316	229.901	244.274	228.103	58.034	58.805	59.222	51.220	48.621	1,33%	2,05%	-11,74%	-16,22%		-0,44%	-0,62%	5,60%	-1,39%	
SAVIASALUD			144.600	154.403	148.706			45.208	50.151	51.053				10,93%	12,93%			6,78%	2,84%	
EMSSANARS.A.S.			140.272	155.066	141.124			52.329	154.944	53.954				196,10%	3,11%			10,55%	0,61%	
CAPITAL SALUD			81.769	99.628	97.511			56.072	88.251	72.536				57,39%	29,36%			21,84%	19,25%	
CAJACOPI			74.135	106.564	97.455			40.124	62.664	35.354				56,18%	-11,89%			43,74%	31,46%	
ASMED			90.992	105.302	96.500			44.614	49.418	45.692				10,77%	2,42%			15,73%	6,05%	
ALIANSALUD	96.295	103.658	102.193	102.618	93.722	69.929	78.999	81.480	84.097	71.279	12,97%	16,52%	20,26%	1,93%		7,65%	6,13%	6,57%	-2,67%	
SALUD MIA	14.480	27.873	36.031	39.866	37.472	52.967	46.842	147.636	45.306	48.842	-11,56%	178,73%	-14,46%	-7,79%		92,50%	148,84%	175,32%	158,79%	
FERROCARRILES	38.983	37.416	35.230	31.579	31.579	43.200	49.936	50.326	65.568	65.568	15,59%	16,50%		51,78%		-4,02%	-9,63%		-18,99%	
ÍNDIGENA DEL CAUCA			19.708	23.197	27.593			53.356	49.951	58.070				-6,38%	8,84%			17,71%	40,01%	
MALLAMAS			18.398	20.785	23.161			50.210	57.266	51.474				14,05%	2,52%			12,97%	25,89%	
CAPRESOCA E.P.S.			18.014	21.582	21.582			60.805	71.563	71.563										
COMFAORIENTE			7.285	16.580	19.131			82.505	78.987	64.518				-4,26%	-21,80%			127,60%	162,61%	
ANAS WAYUU					12.730					36.211										
CCF SUCRE			5.259	6.476	9.432			46.394	43.811	58.879				-5,57%	26,91%			23,15%	79,36%	
CCF CHOCÓ			7.608	8.276	7.618			65.825	67.283	72.015				2,22%	9,40%			8,78%	0,13%	
EPM		8.788	8.326	7.442	7.442		114.946	174.576	146.935	146.935				-15,83%					-10,61%	
PIJAOS			4.806	6.487	7.213			76.554	87.154	64.486				13,85%	-15,76%			34,99%	50,08%	
COMFAMILIAR			33.711					78.867												
COOMEVA	1.695.666	1.250.546	987.999			38.840	36.265	37.835			-6,63%	-2,59%				-26,25%	-41,73%			
SALUD BOLIVAR				14					10.775											
ECOOPSOS EPS SAS			18.893					96.531												
COMFAGUAJIRA			8.922					70.498												
MEDIMAS	2.308.339	1.315.348	705.578			66.268	51.630	43.347			-22,09%	-34,59%				-43,02%	-69,43%			
Total general	21.279.919	21.206.648	23.077.277	22.611.511	22.314.146	44.077	51.091	50.566	58.963	62.697	15,91%	14,72%	33,77%	42,24%		-0,34%	8,45%	6,26%	4,86%	

1,62% 7,33% 21,42% 32,68% Inflación acumulada base 2019

A diferencia de las frecuencias los precios de los servicios (severidades) han incrementado un 33,77% comparados con 2019, mientras la inflación acumulada de 2019 a 2022 fue de 21,42%, una diferencia de 12 puntos

De la Suficiencia a la Eficiencia

Distribución de actividades y valor por forma de reconocimiento 2023

Etiquetas de fila	Autorizado		Pago Directo		Pago por capitación		Pago por caso		Pago por evento	
	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_	Valor_	Registros_
C	7,40%	2,80%	0,45%	0,60%	18,24%	44,83%	17,31%	18,80%	56,60%	32,97%
NUEVA	11,88%	2,65%	0,00%	0,00%	3,34%	21,30%	26,28%	47,68%	58,50%	28,37%
COMPENSAR	31,97%	25,50%	0,00%	0,00%	3,40%	26,74%	35,65%	33,44%	28,98%	14,32%
SALUD TOTAL	0,50%	0,09%	0,19%	0,61%	10,93%	45,21%	23,64%	5,34%	64,73%	48,75%
SANITAS	1,09%	0,49%	2,32%	3,07%	46,80%	56,58%	8,49%	2,02%	41,30%	37,83%
SOS	2,05%	0,37%	0,00%	0,00%	49,59%	75,18%	1,61%	0,45%	46,75%	23,99%
SURA	2,71%	0,95%	0,00%	0,00%	15,43%	68,33%	8,58%	5,86%	73,28%	24,86%
COMFENALCO	1,07%	0,09%	0,00%	0,00%	38,81%	48,17%	13,79%	5,52%	46,33%	46,22%
FAMISANAR	5,95%	1,27%	0,00%	0,00%	17,18%	44,03%	7,59%	12,49%	69,29%	42,22%
ALIANSA SALUD	5,09%	1,87%	0,00%	0,00%	13,96%	48,19%	21,30%	34,84%	59,65%	15,10%
ASMED	2,84%	0,36%	0,00%	0,00%	48,56%	39,39%	0,00%	0,00%	48,60%	60,26%
CAJACOPI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,27%	21,61%	5,60%	24,75%	84,13%	53,64%
CAPITAL SALUD	11,92%	11,35%	0,00%	0,00%	5,84%	14,20%	11,63%	13,85%	70,61%	60,61%
CAPRESOCA E.P.S.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	35,05%	49,95%	0,79%	0,20%	64,17%	49,84%
CCF CHOCÓ	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	30,13%	61,47%	0,59%	0,02%	69,28%	38,51%
CCF SUCRE	2,49%	0,83%	0,00%	0,00%	19,10%	26,96%	9,81%	8,37%	68,60%	63,84%
COMFAORIENTE	8,49%	0,85%	0,00%	0,00%	14,26%	58,55%	0,00%	0,00%	77,25%	40,60%
COOSALUD EPS S.A.	3,60%	0,79%	0,00%	0,00%	35,67%	63,60%	5,96%	1,22%	54,77%	34,40%
EMSSANAR S.A.S.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9,69%	7,60%	12,39%	1,10%	77,92%	91,30%
EPM	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
FERROCARRILES	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ÍNDIGENA DEL CAUCA	0,05%	0,01%	0,00%	0,00%	6,83%	11,72%	0,00%	0,00%	93,11%	88,28%
MALLAMAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
MUTUAL SER	4,16%	1,51%	0,00%	0,00%	17,01%	31,75%	11,64%	18,56%	67,20%	48,18%
PIJAOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,29%	0,51%	95,71%	99,49%
SALUD MIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,54%	16,16%	78,36%	80,87%	11,10%	2,96%
SAVIA SALUD	13,52%	5,67%	0,00%	0,00%	25,20%	53,73%	11,15%	12,99%	50,13%	27,61%

- El pago por Evento es el principal mecanismo de reconocimiento (56,6%), seguido de pago por caso ()
- Autorizaciones (\$) : Compensar(31%), Nueva(11%) y Famisanar(6%)
- Pago Directo: Sanitas es la única EPS que resalta por.
- El pago por capitación Sanitas (46,8%), SOS (49%) y COMFENALCO(38%)
- Pago por caso: Compensar 35% Nueva (26%)y Salud total (23%). Resalta Salud Mia con el 78% con este medio de contratación.
- Pago por evento es el mecanismo predominante, usando en menor medida por Compensar, Sanitas y Comfenalco

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

De la Suficiencia a la Eficiencia

- Una preocupación de los sistemas de salud más desarrollados del mundo es el gasto innecesario en salud.
- Según la OCDE: “alrededor de una quinta parte (20%) del gasto en salud **no contribuye o contribuye mínimamente** a buenos resultados de salud”
- Estima que, en promedio, la pérdida por fraude y error en los países analizados es del 6% del gasto en salud.
- Poner la eficiencia en el centro del debate es un esfuerzo por modernizar el sistema de salud y alinearlo con un movimiento global hacia la atención basada en valor, **la eficiencia** y la **sostenibilidad**, tal como lo propone la OCDE.



Posible Impacto del Fraude, Desperdicio y Errores Médicos

Fuente	Fraude (%)	Desperdicio (%)	Errores Médicos (%)	Impacto en el Presupuesto de Colombia (COP)
OECD (Tackling Wasteful Spending on Health)	6%	20%	10%	Fraude: 5.64B, Desperdicio: 18.8B, Errores: 9.4B
Health Insurance Fraud Detection (Gill & Aghili)	2% – 10%	No aplica	No aplica	Fraude: 1.88 – 9.4B
Informe BID	No aplica	17%	No aplica	Desperdicio: 15.98B

OECD. (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Gill, A. Q., & Aghili, S. (2020). Health Insurance Fraud Detection using Machine Learning Techniques. En Proceedings of the International Conference on Health Informatics.

Gutiérrez, C., Palacio, S., Giedion, U., & Distrutti, M. (2023). ¿En qué gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud-el-caso-de-colombia>

Ejemplos Procedimientos

Ejercicio de contraste para la Unidad de pago por Capitación



EJERCICIO DE CONTRASTE PARA APOYO EN EL CÁLCULO DEL INCREMENTO DE LA UPC

Equipo de Innovación y Analítica

Dirección General

ADRES

Diciembre de 2024

El ejercicio de contraste de la ADRES evidencia que la información reportada por EPS para el cálculo de la UPC presenta **sesgos, inconsistencias y anomalías** que inflan el gasto y distorsionan la realidad del sistema de salud. Se requiere **un rediseño metodológico con controles de calidad, contrastación externa y enfoque longitudinal** para garantizar sostenibilidad y transparencia.



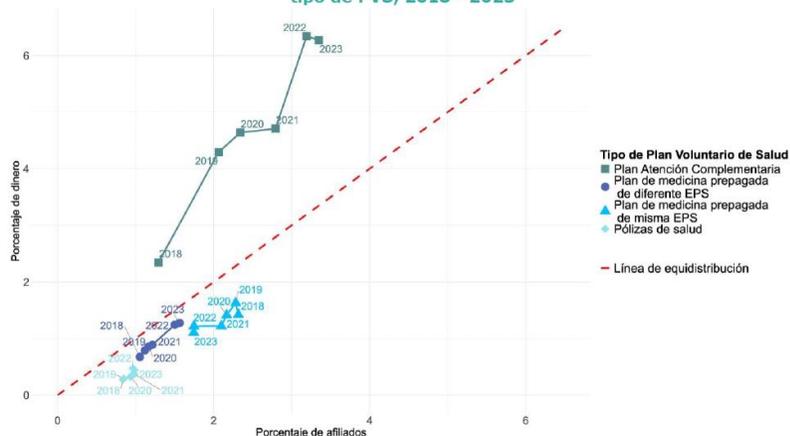
Nota analítica: Análisis del gasto en servicios del Plan de Beneficios en Salud según afiliación a **Planes Voluntarios de Salud**



Efecto de la afiliación a Planes Voluntarios de Salud sobre el costo en servicios financiados con recursos de la UPC

Entre 2018 y 2023, los Planes Voluntarios de Salud (PVS) han experimentado un crecimiento acelerado, en particular el Plan de Atención Complementaria (PAC). Este aumento plantea posibles efectos adversos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que se observan dos situaciones: costo per cápita por actividad en salud mayores en los PVS respecto a los afiliados sin PVS del régimen contributivo; y los afiliados al PAC reciben una mayor proporción de recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)—de los que proporcionalmente le corresponderían por número de afiliados.

Gráfico 1. Relación porcentual de asignación de recursos y número de afiliados según tipo de PVS, 2018 - 2023



Nota: Los valores en recuadros corresponden al primer, último, máximo y mínimo puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

- ✓ Procesamiento de datos y elaboración del informe
- ✓ Apoyo en publicación – articulación con Oficina de Comunicaciones
https://www.adres.gov.co/analitica/Documentos/Efecto_PVS_salud_2018-2023.pdf

Datos relevantes del informe:

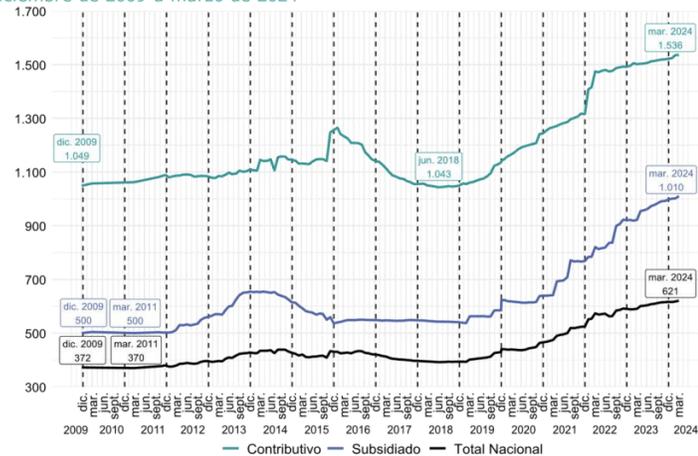
- **Crecimiento acelerado de los PVS: afiliación aumentó 67,9%** entre 2018 y 2023: de 1,26 a 2,11 millones de personas (9,13% del régimen contributivo).
- **Mayor carga sobre los recursos públicos (UPC):** en 2023, los afiliados a PVS tuvieron un **costo per cápita de \$2,51 millones, \$431.000 más** que los no afiliados.
- **Inequidad en la asignación de recursos:** El PAC recibe más recursos de los que le corresponderían por su tamaño poblacional.
- **Mayor intensidad de uso de servicios costosos:** Los PVS, especialmente el PAC y PMP, presentan **costos per cápita más altos** en hospitalización, UCI y servicios especializados.

Nota analítica: Concentración del mercado asegurador en salud en Colombia. Un acercamiento a través del Índice Herfindahl-Hirschman (IHH)

Concentración del mercado asegurador en salud en Colombia:¹ un acercamiento a través del Índice Herfindahl-Hirschman (IHH)²

El mercado del aseguramiento en salud en Colombia ha experimentado un proceso de concentración progresiva en la reducción del número de EPS activas y de concentración en la prestación del servicio (aumento sostenido del IHH entre 2009 y marzo de 2024), especialmente en el régimen contributivo a nivel territorial, lo que en el marco del modelo de competencia regulada definido en la ley 100 de 1993 podría reflejarse en efectos sobre la posibilidad de elección de los ciudadanos y la consecuente calidad de la atención del servicio.

Gráfico 1. IHH por tipo de régimen contributivo y subsidiado
Total nacional
Diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: Los valores en recuadros corresponden al primer, último, máximo y mínimo puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Datos relevantes del informe:

- En 2023, **cuatro EPS -Nueva EPS, Sanitas, Sura y Salud Total concentraron el 53,1 %** de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). En 2009, estas mismas entidades agrupaban solo el 16,3 %.
- El **régimen contributivo muestra una evolución más acelerada hacia mercados concentrados**, al pasar de un IHH de 1.049 en 2009 a 1.536 en 2024, lo que representa un incremento del 46,4 %. Este incremento responde a una reducción del número de EPS y un mayor peso de cuatro EPS que en 2023 agrupaban el 53,1 % de los afiliados.
- El **régimen subsidiado mantiene niveles de concentración relativamente bajos**, con un IHH que pasó de 500 en 2009 a 1.010 en 2024, lo que implica un crecimiento mayor al 100 %. Aunque el indicador ha aumentado, el índice aún se ubica dentro del rango de poca concentración, correspondiente a un mercado competitivo.

Consideraciones, conclusiones y trabajo futuro

Consideraciones:

- **Universo:** Únicamente se analizan las 8 EPS que son parte del estudio 2025
- **Comparabilidad:** Agrupadores de Procedimientos (ACUPS)
- **Segmentación:** tipo de reconocimiento (cápita, evento, paquete)

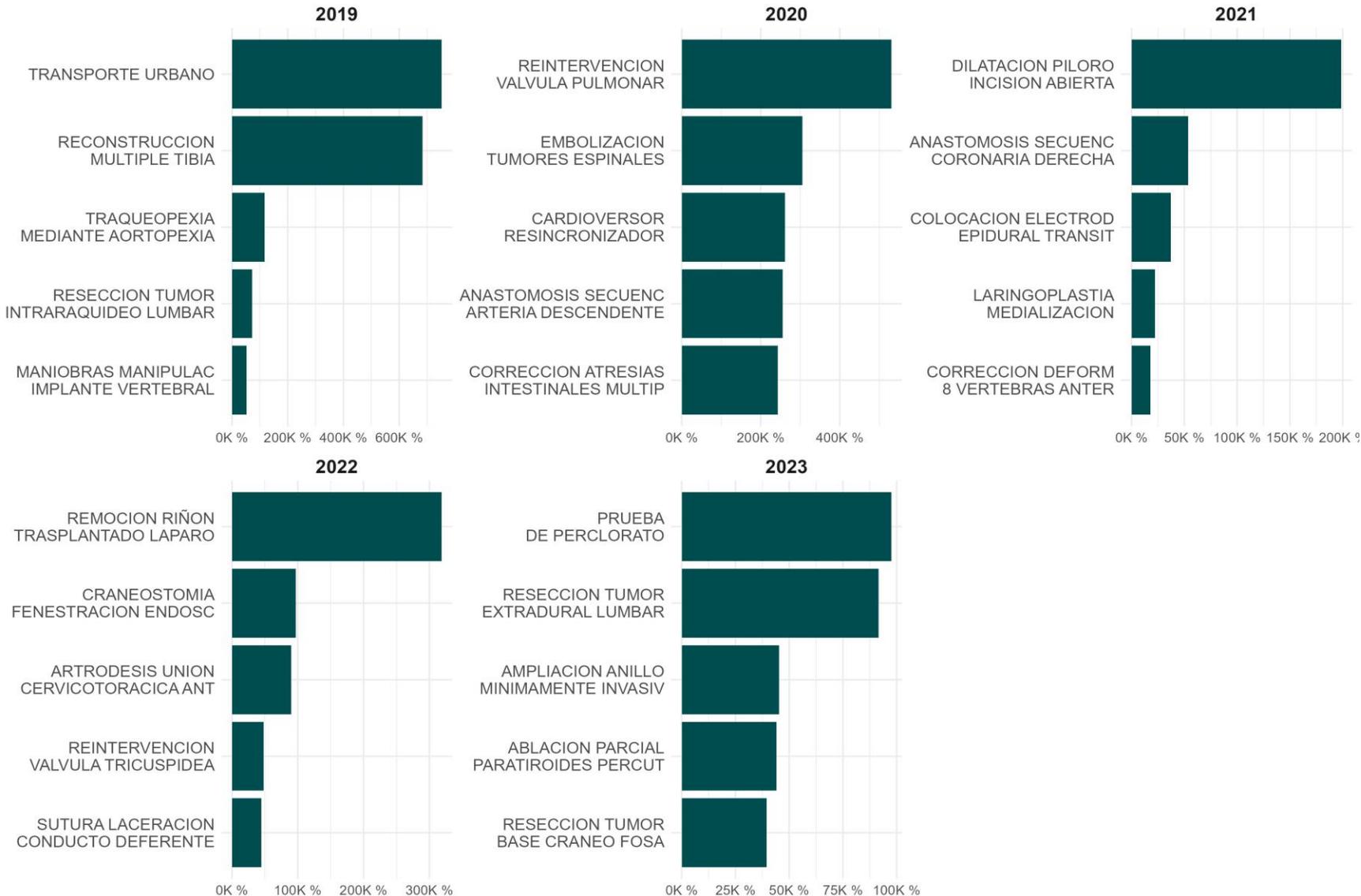
Conclusiones

- Mas del 50% (6 B) de lo reportado pagado por eventos, corresponde a CUPS con valores heterogéneos ($CV > 100\%$)
- Los datos suministrados por las 8 EPS parte del estudio de suficiencia 2025 para procedimientos presentan una muy **alta variabilidad** entre valores reportados en servicios semejantes y **actuarialmente tomados como siniestros no son compatibles para el cálculo de una prima.**
- Se observan **posibles en las auditorias** por parte de las EPS evidenciado en casos de reconocimiento excesivamente altos en pagos por evento.
- Para el cálculo de la prima debería tomarse la frecuencia y un **valor de referencia del paquete o del evento**, no los datos reportados por las EPS, dada su alta variabilidad.

Trabajo futuro

- Extender el ejercicio de revisión a la información reportada por todas las EPS
- Analizar sistemáticamente las **Deficiencias en las Auditorias**
- Extender la comparación de valores para ser tenidos en cuenta en el estudio de suficiencia teniendo en cuenta valores de referencia.
- Reestructurar la metodología donde se diferencie los distintos métodos de reconocimiento en los cálculos, incluyendo capitaciones y paquetes los cuales crean importantes sesgos que afectan el cálculo de suficiencia, con la metodología actual
- Pronta implementación de la Resolución 2275 de 2023 y 1884/2024 (FEV-RIPS) con el fin de asegurar los datos detallados de cantidad y valor para cada servicio y tecnología en salud suministrada a la población contrastada con el valor de la factura electrónica.

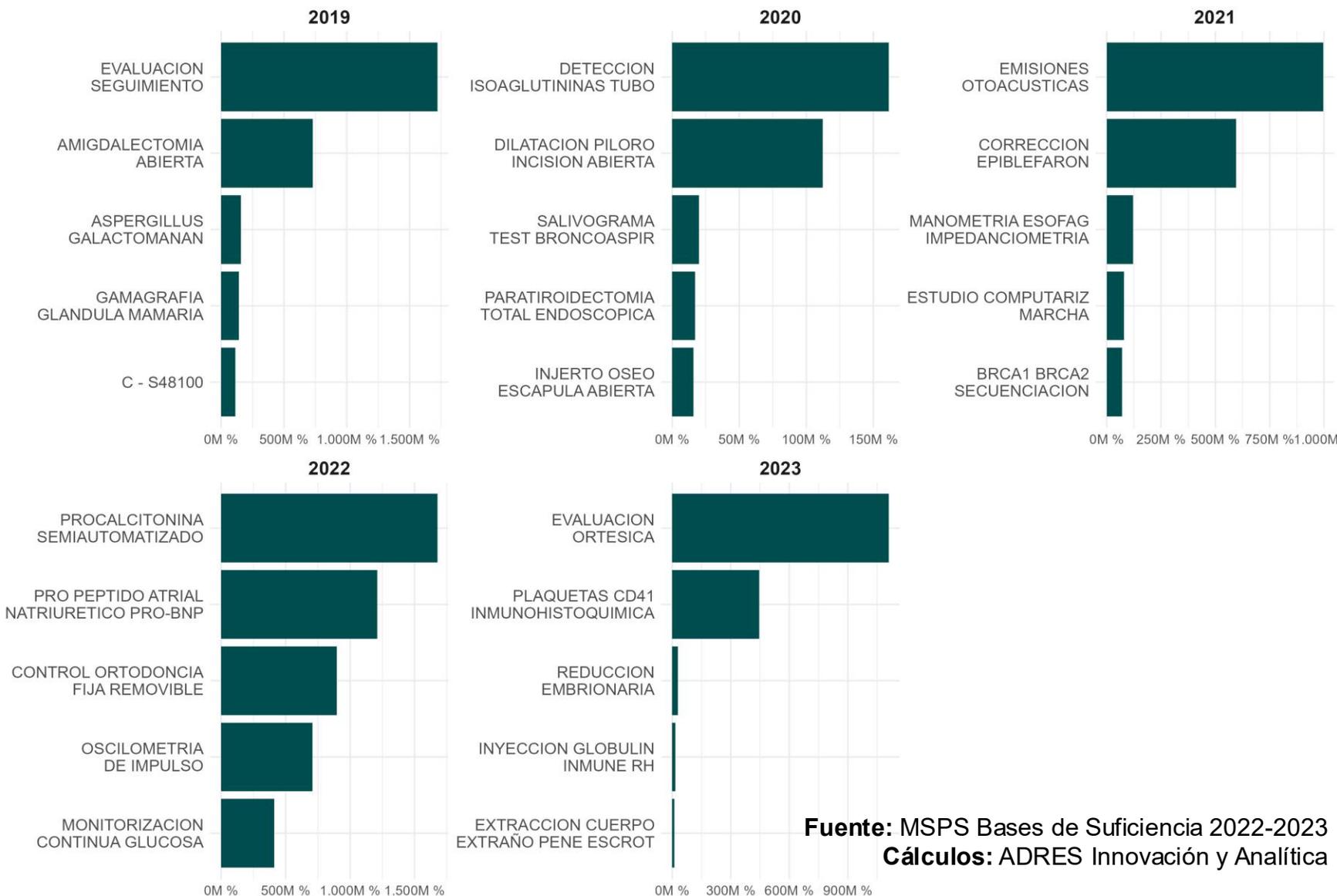
Top 5 variaciones de severidad interanuales por CI ICD



El promedio de variación de los cinco procedimientos con mayor variación interanual por severidad fue de **180.792 %**.

Para la variación **2018-2019** el procedimiento con mayor variación fue el de **'Transporte urbano (S50007)'** con un valor de **752.520 %**; para **2019-2020** fue el procedimiento de **'Reintervención de válvula pulmonar (352503)'** con un valor de **530.884 %**; para **2020-2021** fue el procedimiento de **'Dilatación píloro de incisión abierta (442101)'** con un valor de **198.585 %**; para **2021-2022** el procedimiento fue la **'Remoción del riñón trasplantado (555302)'** con un valor de **318.703 %**; para **2022-2023** fue la **'Prueba de perclorato (920210)'** con un valor de **97.591 %**.

Top 5 variaciones de frecuencias interanuales por CIUD



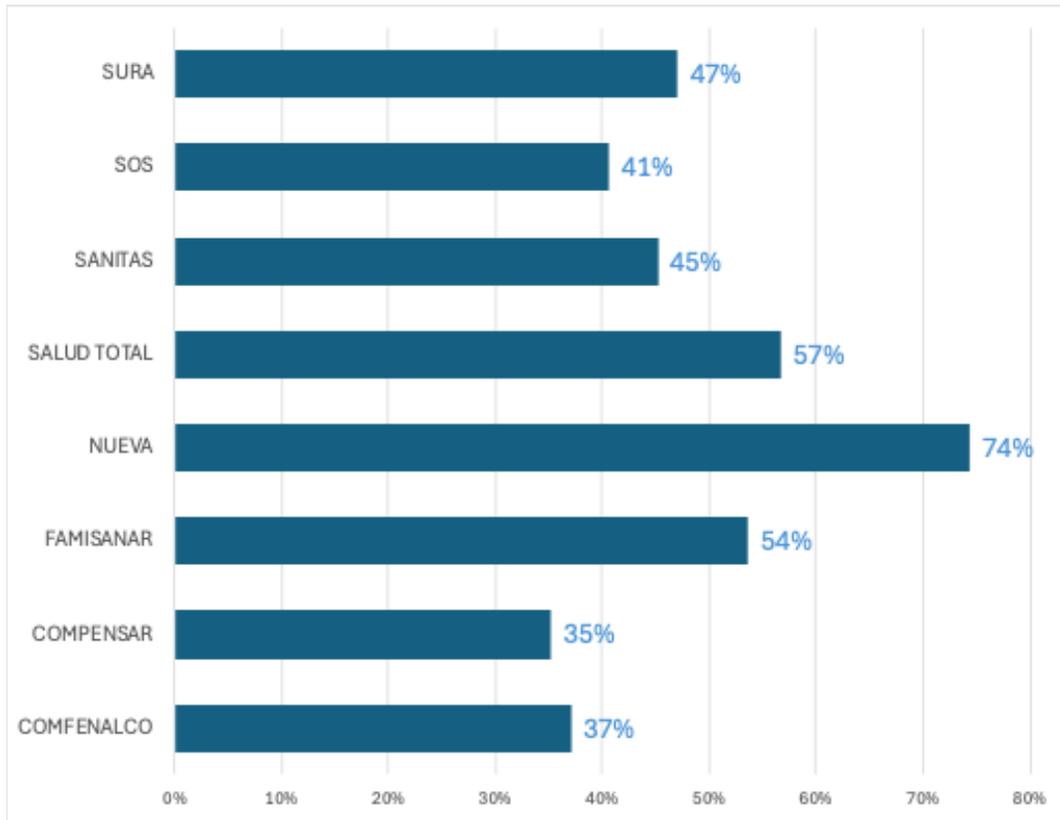
El promedio de variación de los cinco procedimientos con mayor variación interanual por frecuencias fue de **462.817 %**.

Para la variación **2018-2019** el procedimiento con mayor variación fue el de **'Evaluación y seguimiento (A11005)'** con un valor de **1.722.774 %**; para **2019-2020** fue el procedimiento de **'Dilatación píloro de incisión abierta (442101)'** con un valor de **161.415 %**; para **2020-2021** fue el procedimiento de **'Emisiones otoacústicas (954601)'** con un valor de **996.240 %**; para **2021-2022** el procedimiento fue la **'Procalcitonina semiautomatizado (906841)'** con un valor de **1.678.338 %**; para **2022-2023** fue la **'Evaluación ortésica (930200)'** con un valor de **1.108.995 %**.

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023
Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

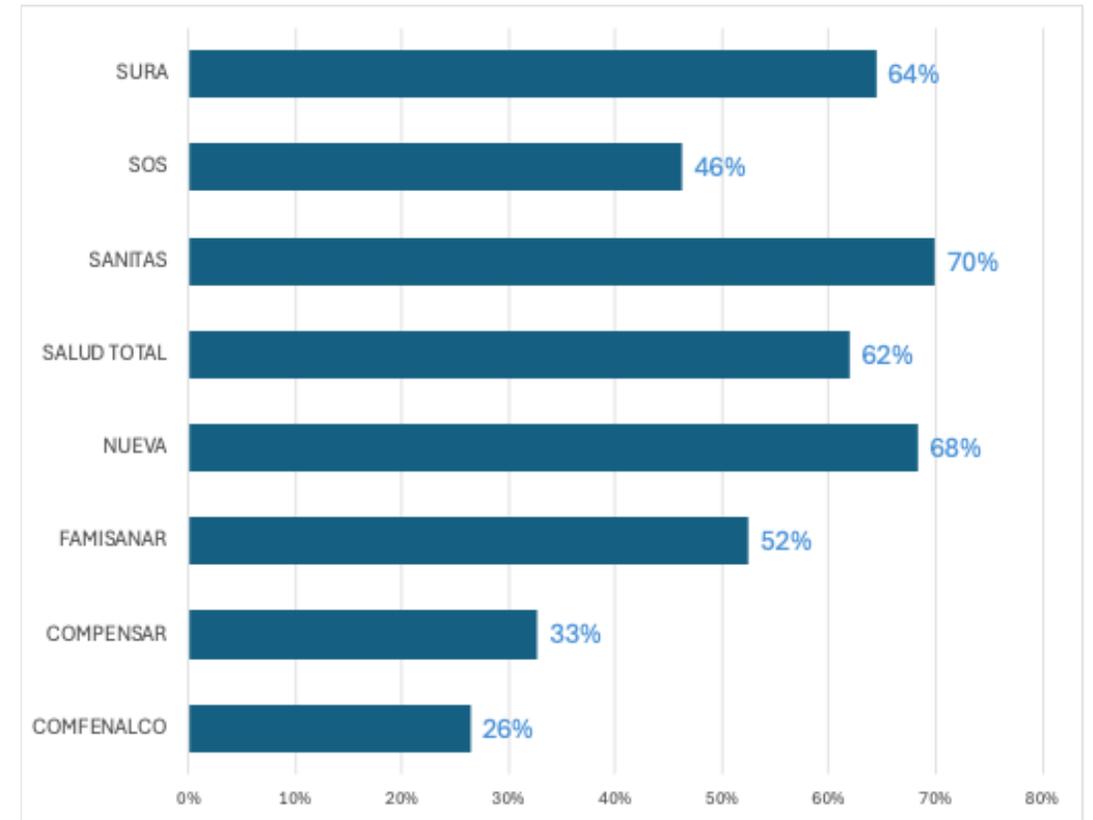
¿Que tan homogéneas son las EPS reportando un mismo CUPS en pago por evento?

Procedimientos de Costo Bajo
(Menos de 150.000)



Coeficiente de Variación

Procedimientos de Costo Medio
(Entre 150.000 y 5.000.000)



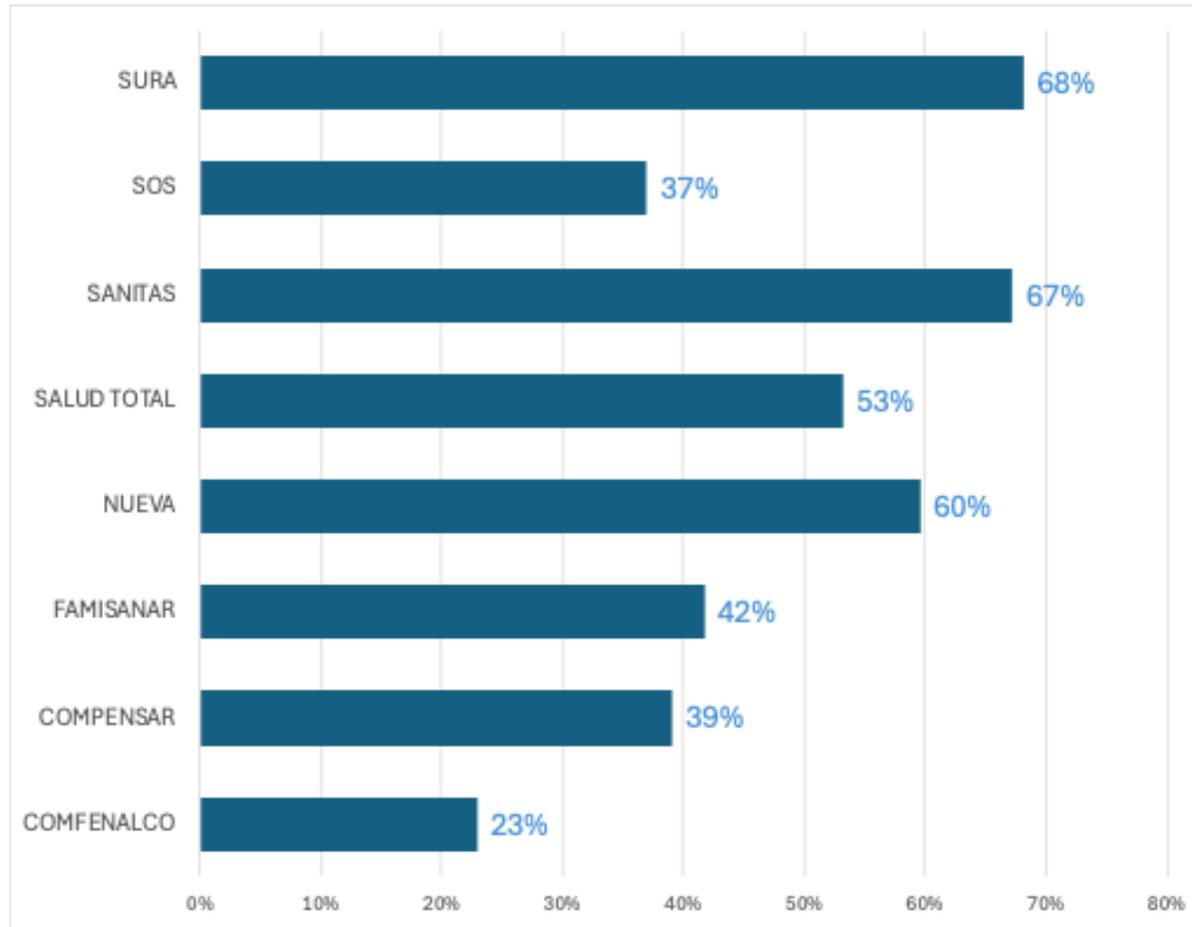
Coeficiente de Variación

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

¿Que tan homogéneas son las EPS reportando un mismo CUPS en pago por evento?

Procedimientos de Alto Costo
(Mayores a 5.000.000)



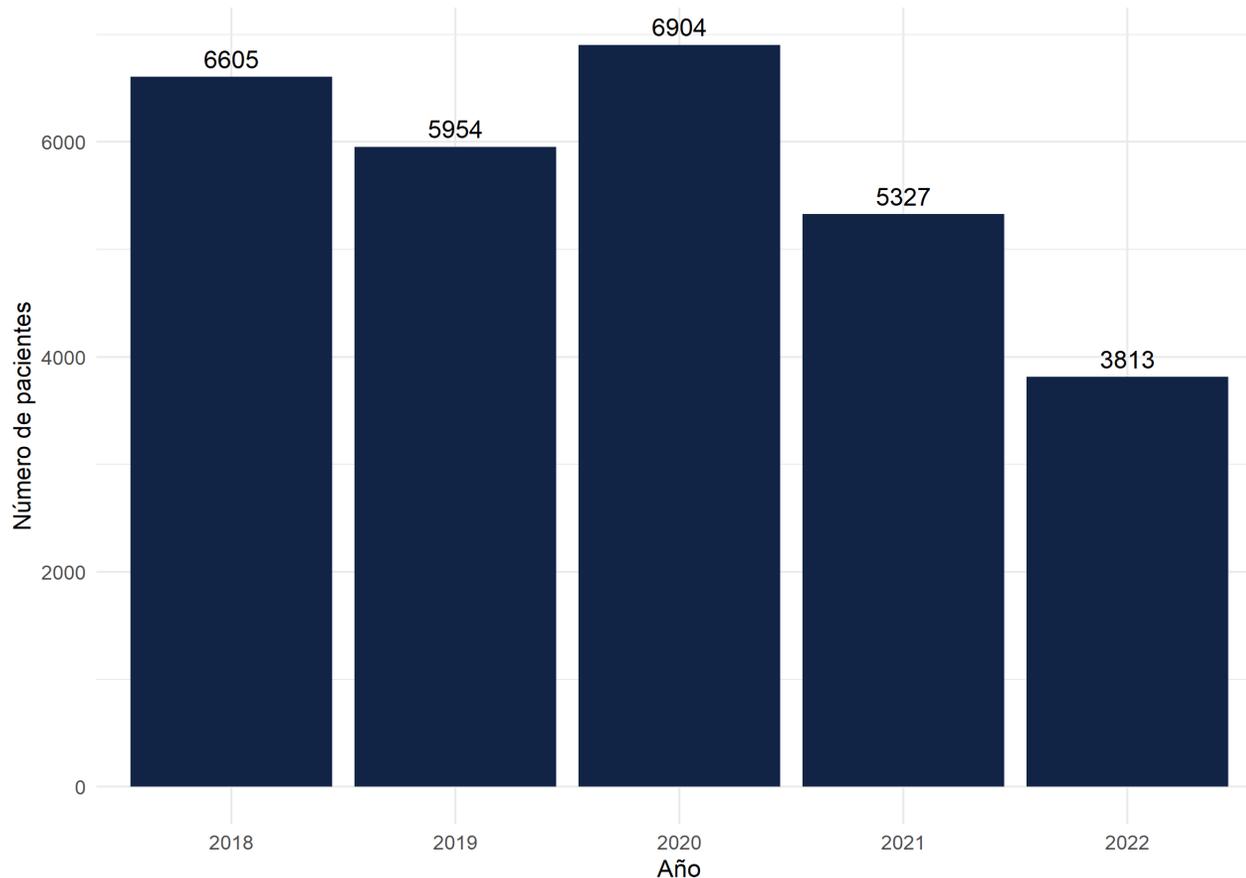
Coefficiente de Variación

Fuente: MSPS Bases de Suficiencia 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Comportamiento atípico: Pacientes con más de 1.000 atenciones por año

Número de pacientes con más de 1.000 atenciones



- **Comportamiento atípico recurrente** en el número de atenciones por paciente por año.
- En **2020**, **6.904** pacientes registraron más de **1.000** atenciones en el año.
- En **2022**, este grupo de pacientes generó un gasto de **\$535.925,7 millones**.
- **Ejemplo de caso anómalo (paciente específico):** Hombre de **67 años** con volúmenes extremadamente altos de atenciones:
 - **2018:** 19.466 atenciones
 - **2019:** 9.661 atenciones
 - **2020:** 34.790 atenciones
 - **2021:** **60.329** atenciones → **≈165 atenciones por día**
 - **2022:** 9.418 atenciones
 - **Atención más frecuente:** examen médico general.
 - **Medicamento más consumido:** caja con **300 cápsulas duras de gelatina naranja/naranja** (30 blíster de 10 cápsulas).
 - **Sólo 6 procedimientos atendidos**, pese al volumen masivo de registros.

Estudio de Caso Medicamentos

Consideraciones, conclusiones y trabajo futuro

Consideraciones:

- **Universo:** Únicamente se analizan las 8 EPS que son parte del estudio 2025
- **Comparabilidad:** Medicamentos agrupados por misma Denominación Común Internacional - Concentración – Forma farmacéutica, por código único de medicamentos CUM o por Código de clasificación anatómica-terapéutica-química ATC
- **Valores de referencia:** Se comparan los valores reportados con los precios máximos de venta de la Circular 13 de 2022 de la CNPMDM y frente al reporte de venta de laboratorios farmacéuticos en SISMED vigencia 2023

Conclusiones

- Las 8 EPS en estudio reportaron un **valor total** de medicamentos por **8,7 billones** para 2023
- Se presenta una **alta variabilidad** en los precios reportados por medicamentos: 19% del valor total reportado (1,7 billones) corresponde a medicamentos con desviación estándar de precio que supera el precio promedio
- Se evidencia **falta de validación y auditoría** por parte de las EPS: El 23% de los CUM reportados no cuentan con información de ventas en SISMED; el 3% corresponden a medicamentos con registro sanitario en estado no válido para su comercialización y se evidencia que el 5% del valor total de estos **exceden los precios regulados**. Particularmente evidenciado en los reportes de SURA EPS para los 3 casos.
- Posibilidad de **maximizar la eficiencia de la UPC** en el uso de medicamentos: Aunque existen alternativas genéricas de los medicamentos de más alto gasto, no se evidencia el uso de estas tecnologías. Si las EPS promovieran su adquisición, **se podrían generar ahorros de hasta 40%**
- **Gasto cuestionable en principios activos:** Dentro del top 20 de principios activos con valor total reportado más alto se encuentran medicamentos de valor terapéutico cuestionable como lágrimas artificiales, Dupilumab y Semaglutida. Para el caso de cáncer, el 73% del valor reportado en esta indicación se destina a tratamiento avanzado o metastásico (¿Falta de oportunidad en el diagnóstico?)

Trabajo futuro

- Extender el ejercicio de revisión a la información reportada por todas las EPS
- Hacer un análisis por agrupación diagnóstica y hacer comparaciones con el gasto No UPC
- Caracterizar al gestor/laboratorio farmacéutico frente al reporte de ventas en SISMED para cada EPS y evidenciar las dinámicas de consumo y negociación de precios.

Conclusiones

1. Sin datos validados, la prima UPC queda mal calculada desde su base (Frecuencia × Severidad) y desde los ajustadores de riesgo.

La metodología oficial del MinSalud define la UPC como Frecuencia × Severidad y exige que los ajustadores (edad, sexo, zona) se sustenten en variables con registro universal, consistente y verificable; por tanto, errores de RIPS/BDUA (faltantes, codificación inconsistente, diagnósticos sin soporte, duplicados) sesgan la frecuencia, el costo medio y el ajuste ex ante/ex post, generando primas insuficientes o sobrepagos.

2. Las distribuciones de uso y gasto en salud son altamente asimétricas y con “colas pesadas”; por eso, outliers y anomalías no tratadas hacen inestable la estimación de la UPC.

En sistemas oficiales (como MEPS/AHRQ*) , el 5 % de la población concentra ≈50 % del gasto: promedios simples son muy sensibles a valores extremos; si además hay datos de baja calidad (errores de captura, reclamos mal codificados, registros truncados), la severidad promedio se distorsiona y la siniestralidad se estima mal.

3. El incremento en el gasto en salud ha sido empujado por la severidad no por la frecuencia.

La frecuencia de servicios ha disminuido desde 2019 a 2022 en un 2%, por lo que el incremento en el gasto en salud no corresponde con un incremento en el uso de los servicios, sino un incremento en las severidades las cuales han incrementado en 33,77% contra una inflación acumulada de 21,42%, esto en contravía de un sistema más eficiente en el uso de sus recursos. Un ejemplo de ello es la alta tasa de nacimientos por cesáreas en mujeres de bajo riesgo o el uso de antibióticos que para Latinoamérica es superior a países como Canada o Alemania**

*Medical Expenditure Panel Survey y Agency for Healthcare Research and Quality

**Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 OCDE (LINK)

| Gracias

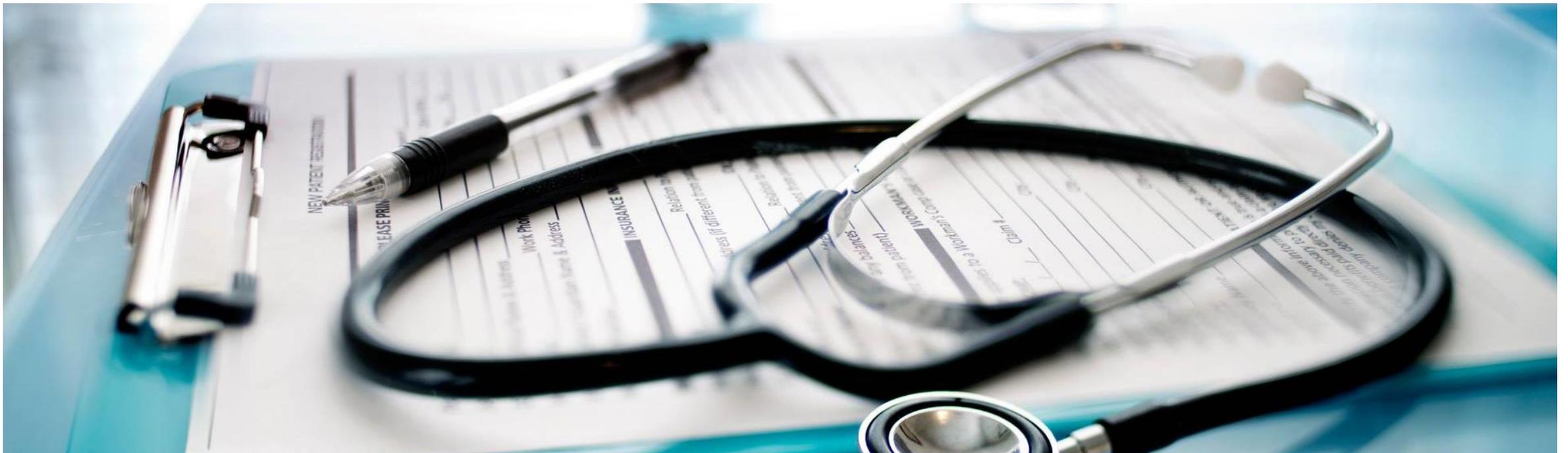
www.adres.gov.co

Frecuencias de uso asociado a enfermedades crónicas

CEXPES

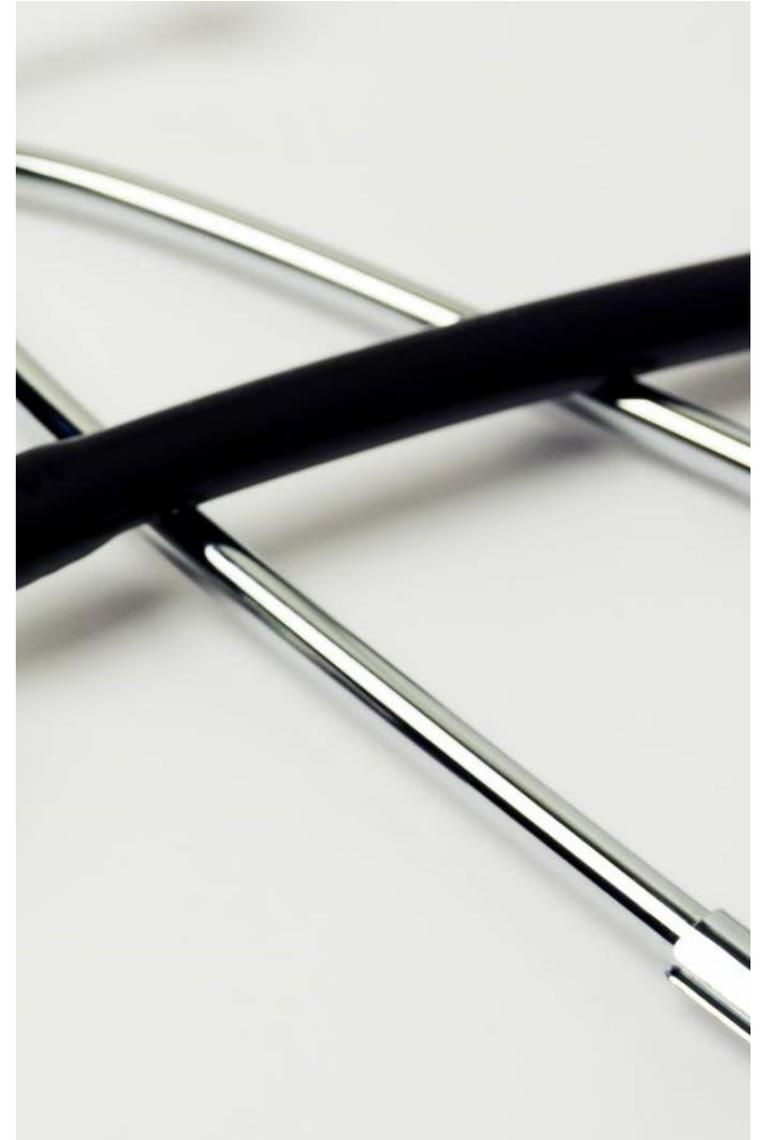
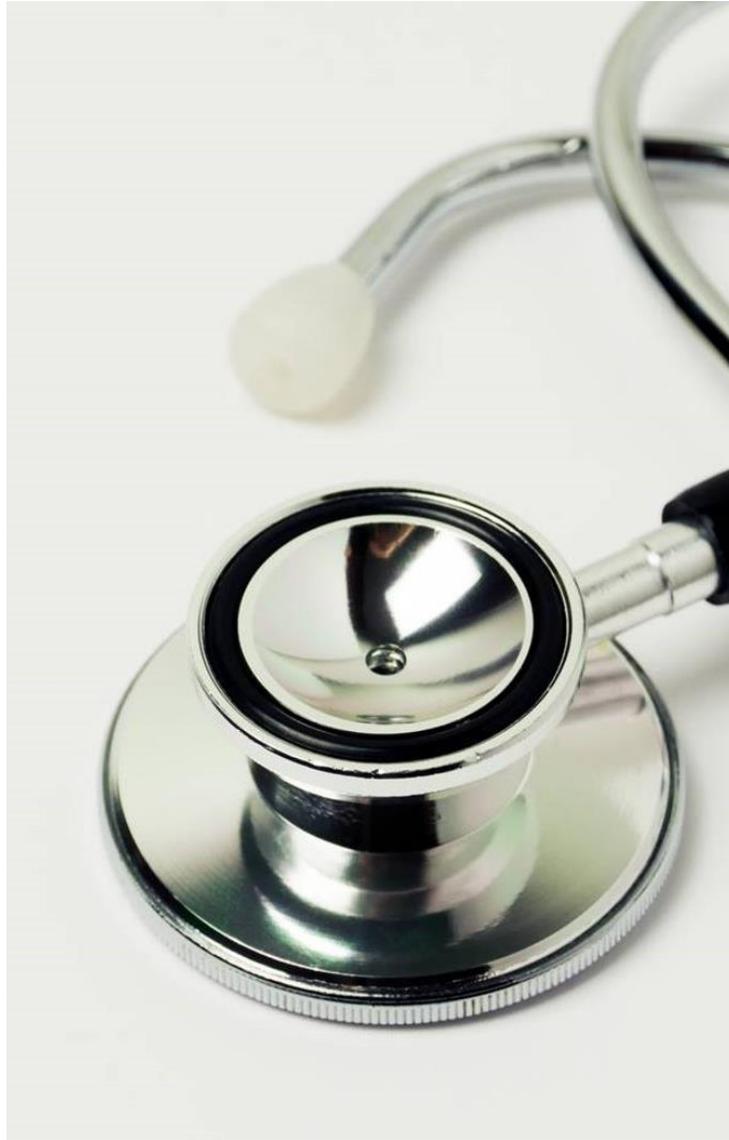


Impacto del crecimiento de población con condiciones crónicas seleccionadas en los requerimientos de UPC.



Agenda

1. Contexto
2. Objetivo, enfoque y metodología utilizada
3. Metodología aplicada y resultados
4. Conclusiones y recomendaciones



1. Contexto

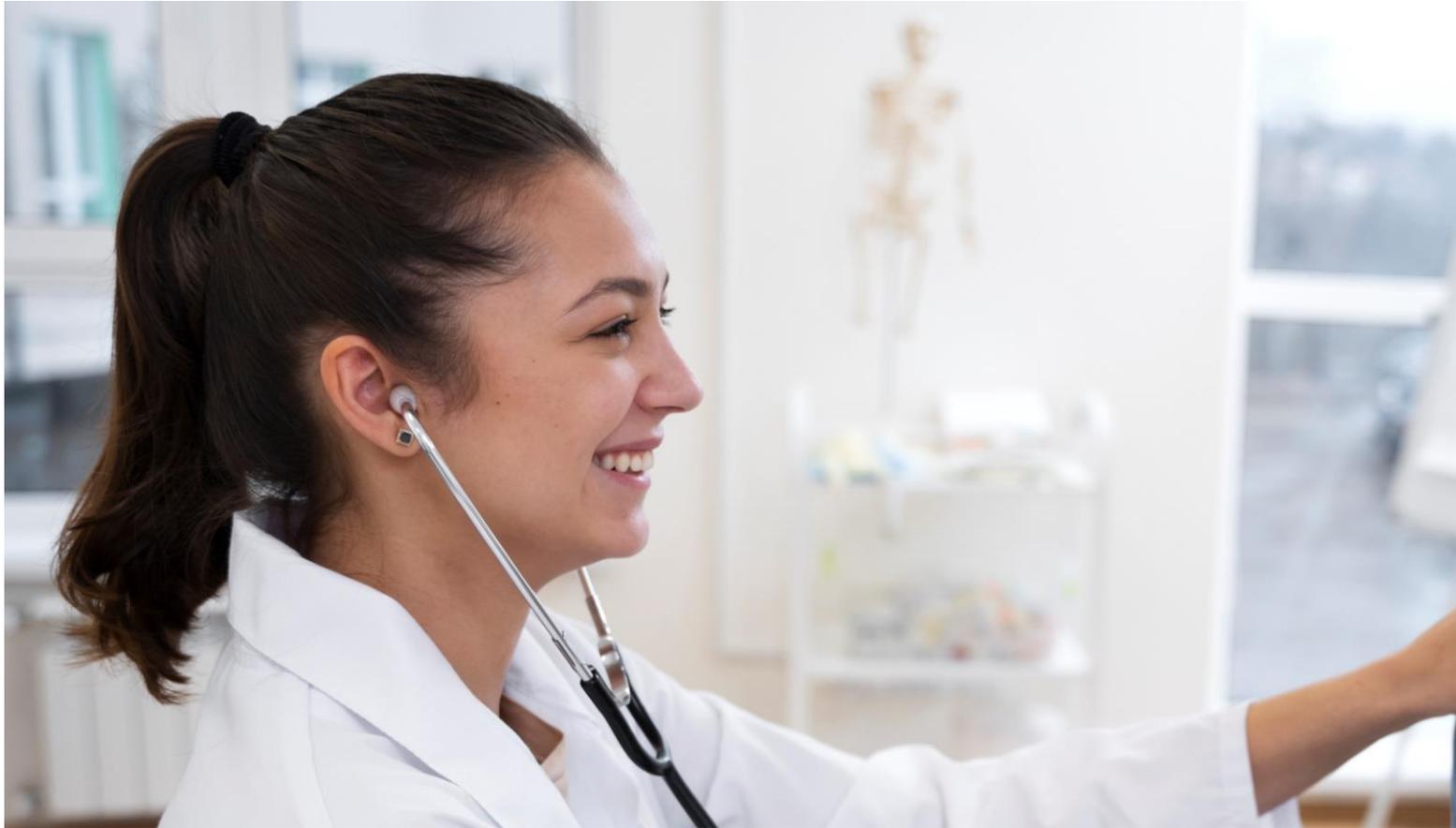


Pacientes con condiciones crónicas en Colombia

Condición crónica	Casos	APS	% APS	Centros Expertos	% C. Experto
Cáncer	651.589	0	0,0%	651.589	100%
E. isquémica ACV	74.189	0	0,0%	74.189	100%
Falla cardiaca	1.097.201	482.768	44,0%	614.433	56,0%
HTA - DM	5.178.130	4.189.107	80,9%	989.023	19,1%
ERC	1.251.930	451.070	36,0%	800.860	64,0%
EPOC	1.363.684	750.026	55,0%	613.658	45,0%
Asma	3.657.920	3.292.128	90,0%	365.792	10,0%
Parkinson	72.526	0	0,0%	72.526	100%
Demencias	673.160	471.212	70,0%	201.948	30,0%
Esquizofrenia-depresión	1.706.547	1.450.565	85,0%	255.982	15,0%
VIH	186	0	0,0%	186	100%
E. Huérfanas	84.175	0	0,0%	84.175	100%
Artritis	148.847	0	0,0%	148.847	100%
Epilepsia	767.251	575.438	75,0%	191.813	25,0%
Total	16.727.335	11.662.314	66,1%	5.065.021	27,0%

Fuentes: Elaboración propia con información de la CAC 2024 . INS 2024. Registro colombiano de falla cardiaca (RECOLFACA)2021. Prevalencia, características demográficas de la enfermedad de Parkinson y comorbilidades asociadas. 2025. Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. 2024. Situación de Cáncer en la población adulta 2023. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009-2010. MinSalud 2021 Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud – RIPS .

- **1 de cada 3 colombianos tienen una condición crónica.**
- **2 de ellos pueden y deben ser atendidos en una IPS de APS y 1 debe ser atendido en un Centro Experto**



2. Objetivo, enfoque y metodología

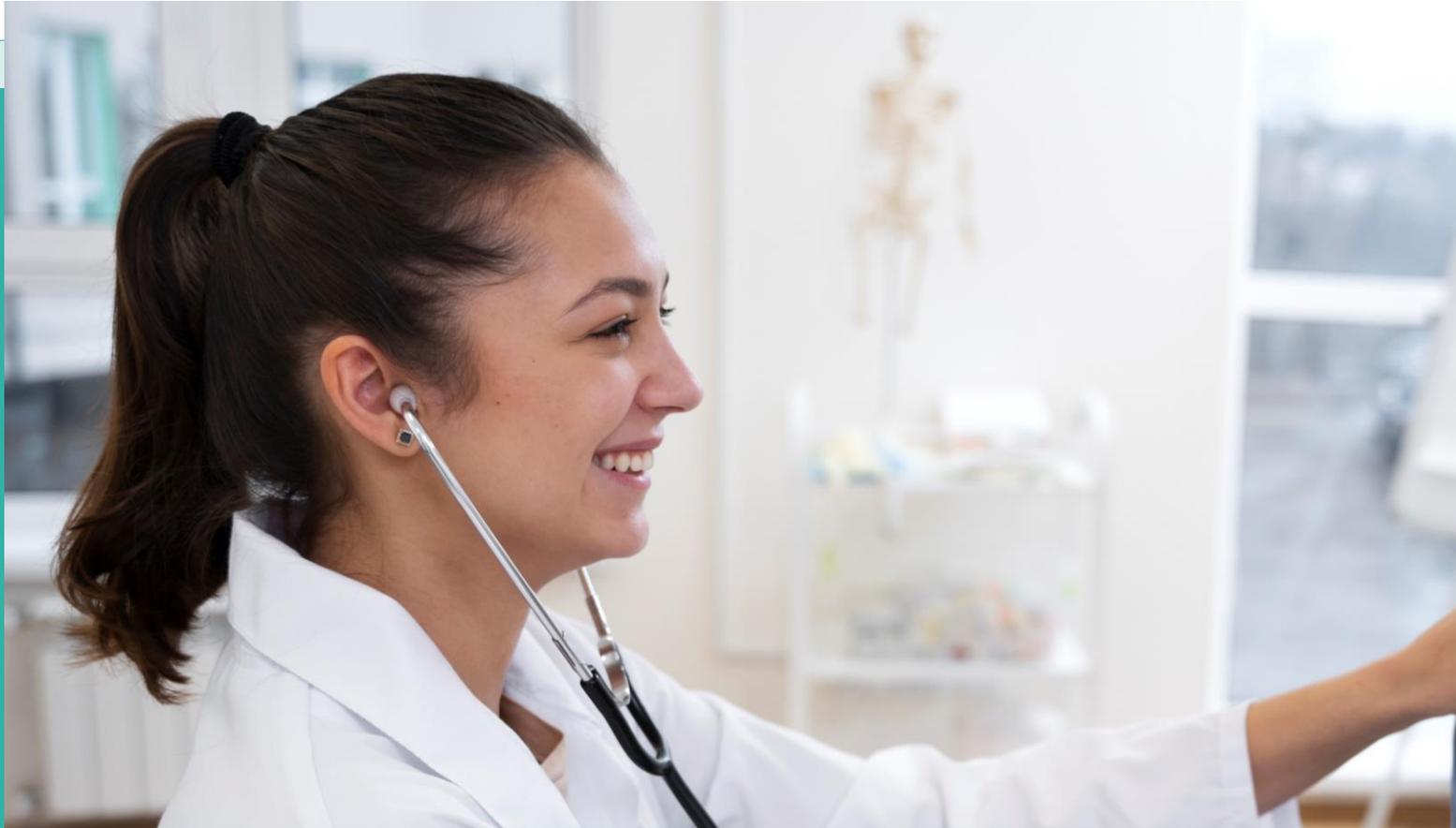
Objetivo, enfoque y metodología.

Objetivo

- Evaluar la necesidad de ajuste metodológico en el cálculo de la UPC para incorporar el crecimiento de la población con condiciones crónicas durante los próximos diez años.

Enfoque Analítico

- Análisis actuarial de la población con condiciones crónicas priorizadas en la CAC para los próximos 10 años.
- Estimación de impacto financiero en la UPC derivado del crecimiento de población con condiciones crónicas.



3. Metodología aplicada y resultados

Análisis del comportamiento histórico

- Evaluación del comportamiento en el número de pacientes con condiciones crónicas de condiciones crónicas que hace seguimiento la Cuenta de Alto Costo (CAC) desde 2008-2024.

Estudio Actuarial Prospectivo

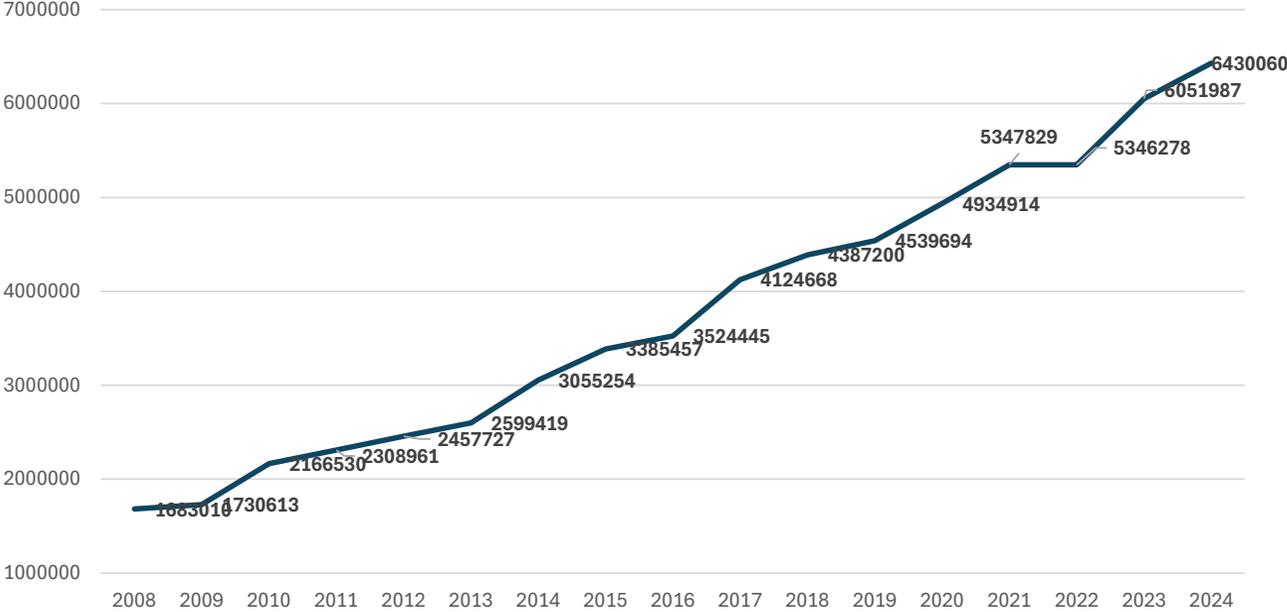
- Proyecciones del comportamiento en el número de pacientes con condiciones crónicas para los próximos diez años.

Cálculo de impacto financiero

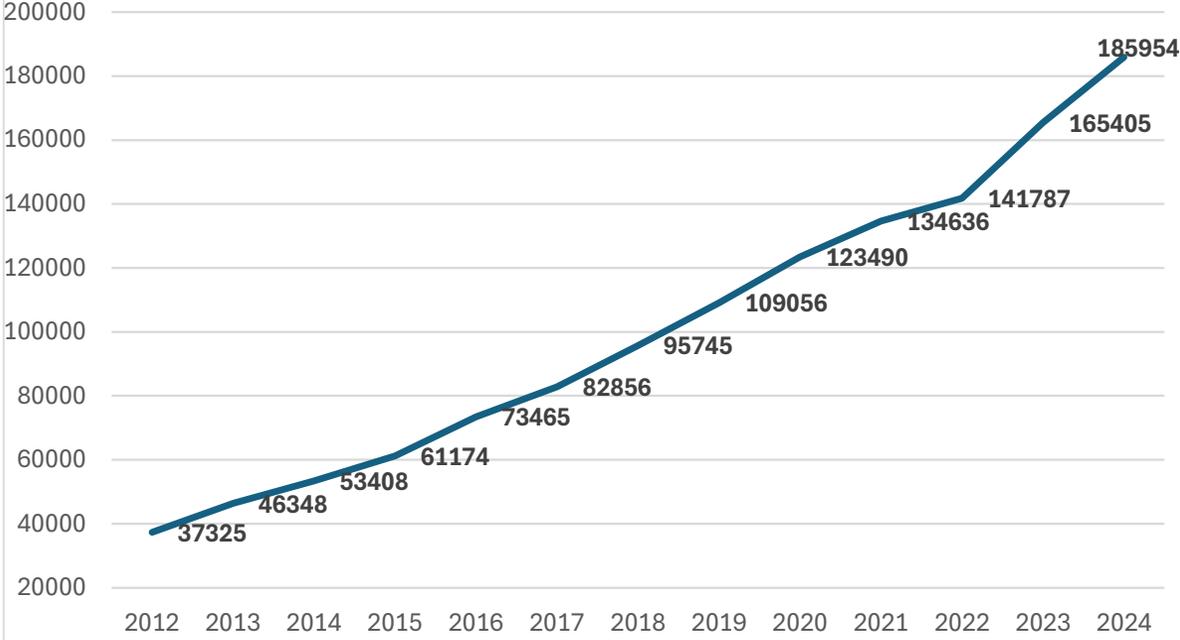
- Estimación del incremento mínimo requerido en la UPC para mantener suficiencia financiera

Tendencia de los pacientes con condiciones crónicas en seguimiento de la Cuenta de Alto Costo “CAC”

Total pacientes ERC, HTA Y DM



VIH

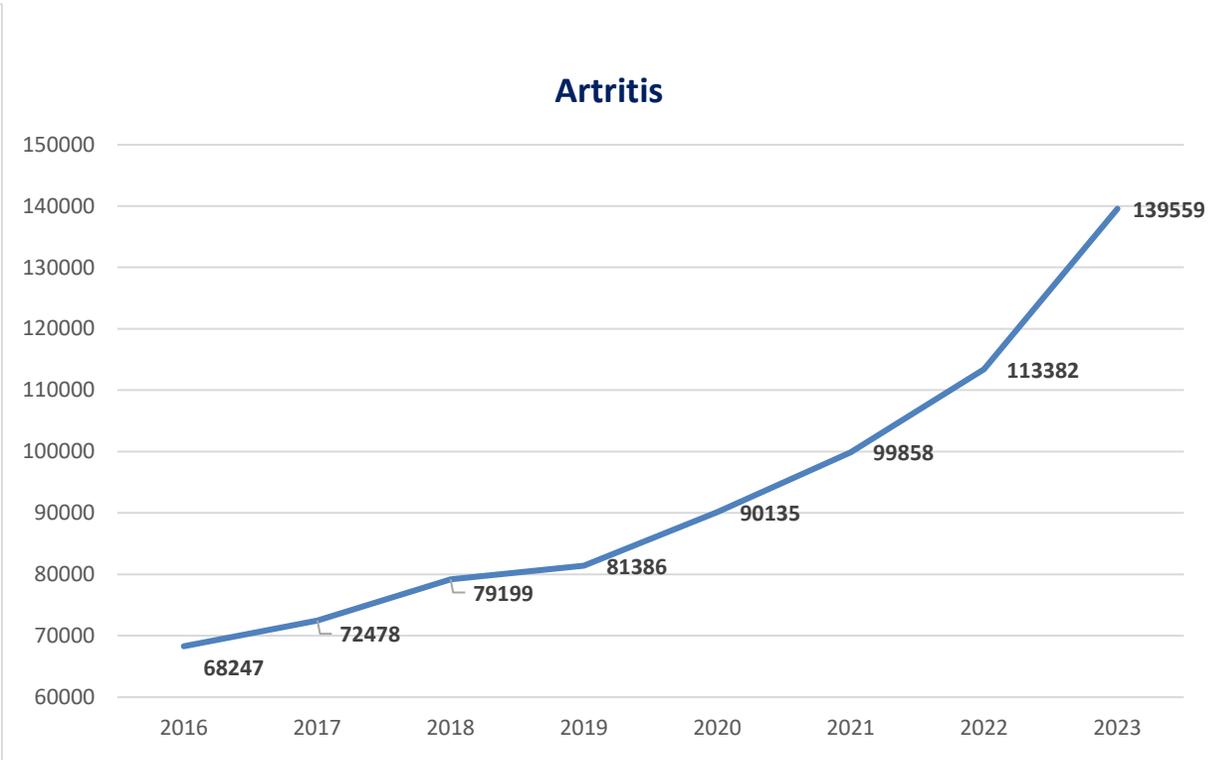
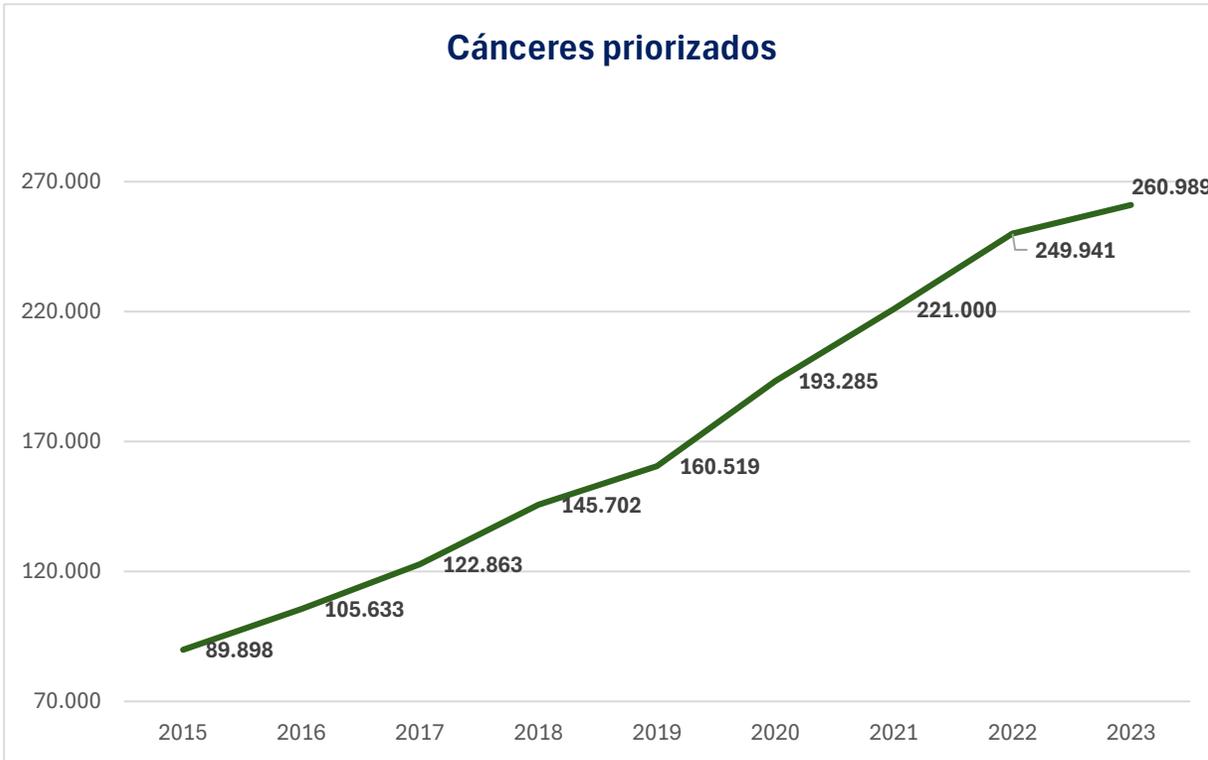


Fuente: Elaboración propia con información de la CAC

“Se evidencia un crecimiento sostenido en el número de pacientes en el tiempo”



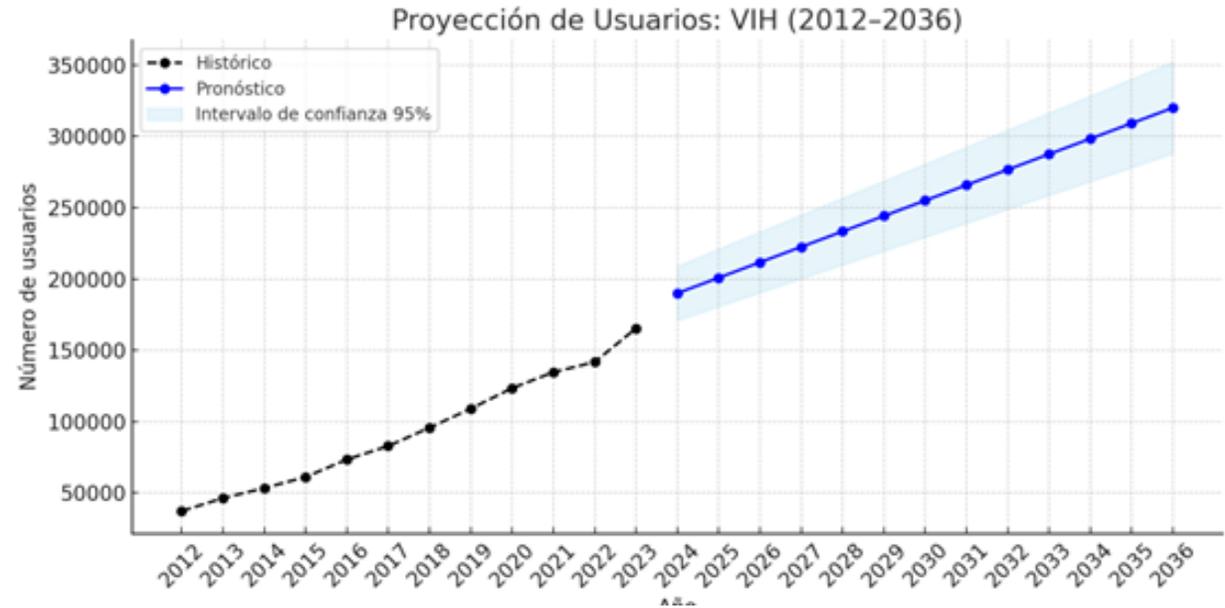
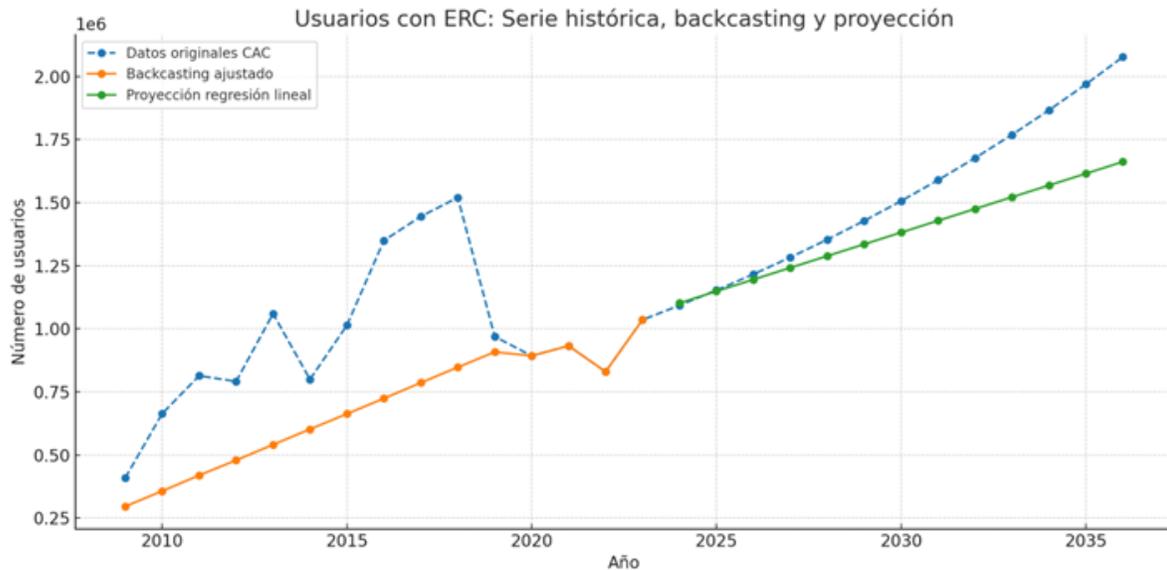
Tendencia de los pacientes con condiciones crónicas en seguimiento de la Cuenta de Alto Costo “CAC”



Fuente: Elaboración propia con información de la CAC

“Se evidencia un crecimiento sostenido en el número de pacientes en el tiempo”

Proyección en el incremento en el número de pacientes



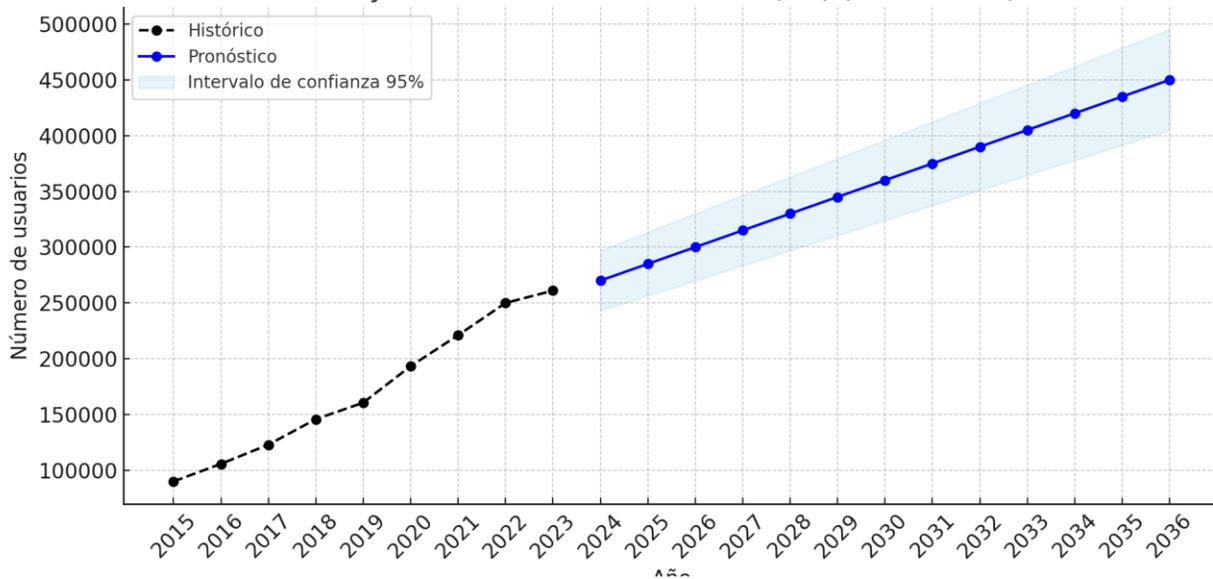
Nota: hay datos de ERC a partir del 2009, en el 2019 hubo una disminución del 36% de los pacientes asociado a mejoría en la calidad de la auditoría

Fuente: Informe actuarial Estimar Consultores SAS

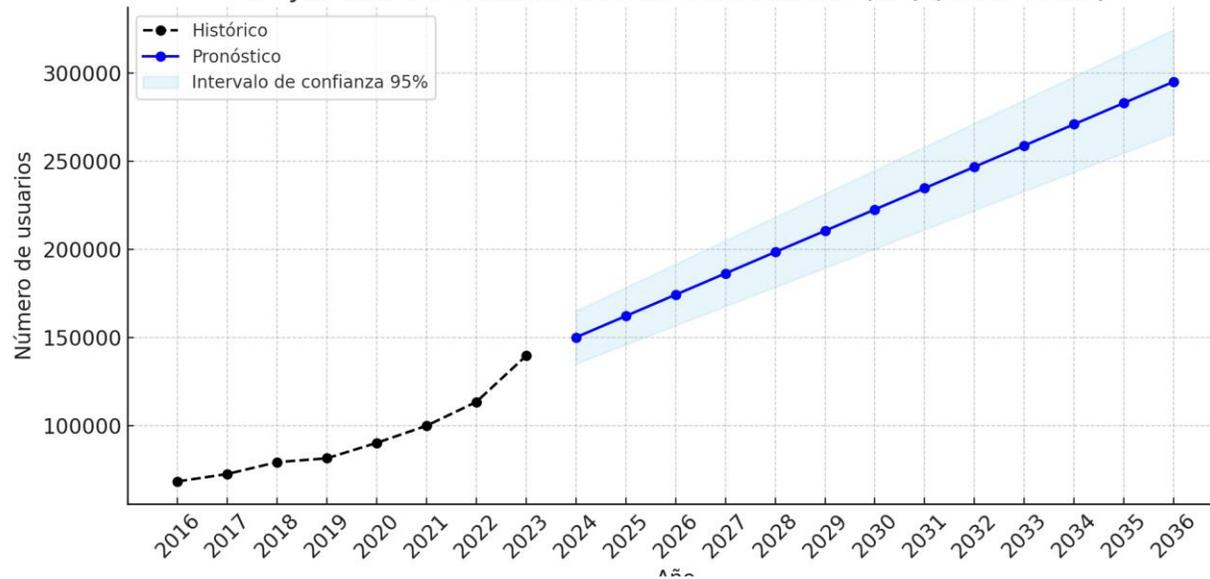
“Se espera continuar con el crecimiento sostenido en el número de pacientes en el tiempo”

Proyección en el incremento en el número de pacientes

Proyección de Usuarios: Cáncer (CA) (2015-2036)



Proyección de Usuarios: Artritis Reumatoide (AR) (2016-2036)



Fuente: Informe actuarial Estimar Consultores SAS

“Se espera continuar con el crecimiento sostenido en el número de pacientes en el tiempo”

Tiempo en el cual se están duplicando el número de pacientes con condiciones crónicas seleccionadas

Condición clínica	Inició seguimiento		Primera duplicación		Segunda duplicación		Tercera duplicación	
	Pacientes	Año	Pacientes	Año	Pacientes	Año	Pacientes	Año
ERC – TRR	296.291	2009*	602.126	5 años (2014*)	1.216.190	12 años (2026)		
VIH	37.325	2012	73.465	4 años (2016)	165.405	7 años (2023)	330.735	10 años (2033)
Cánceres de adultos (priorizados por la CAC)	89.898	2015	193.285	5 años (2020)	399.061	9 años (2029)		
Artritis Reumatoidea	68.247	2016	139.559	7 años (2023)	285.276	6 años (2029)		

*: Se realizó ajuste "backcasting" por hallazgos de sobreestimación evidenciados por la CAC para el 2019

Fuente: Elaboración propia con información de la CAC y del informe actuarial de Estimar Consultores SAS

“A grandes rasgos, pasamos de 500.000 pacientes a 1 millón en 5 años y esperamos llegar a 2 millones en los próximos 10 años”

Crecimiento UPC necesario para la población general

Crecimiento interanual sostenido del 3,56 % promedio en los próximos 10 años.

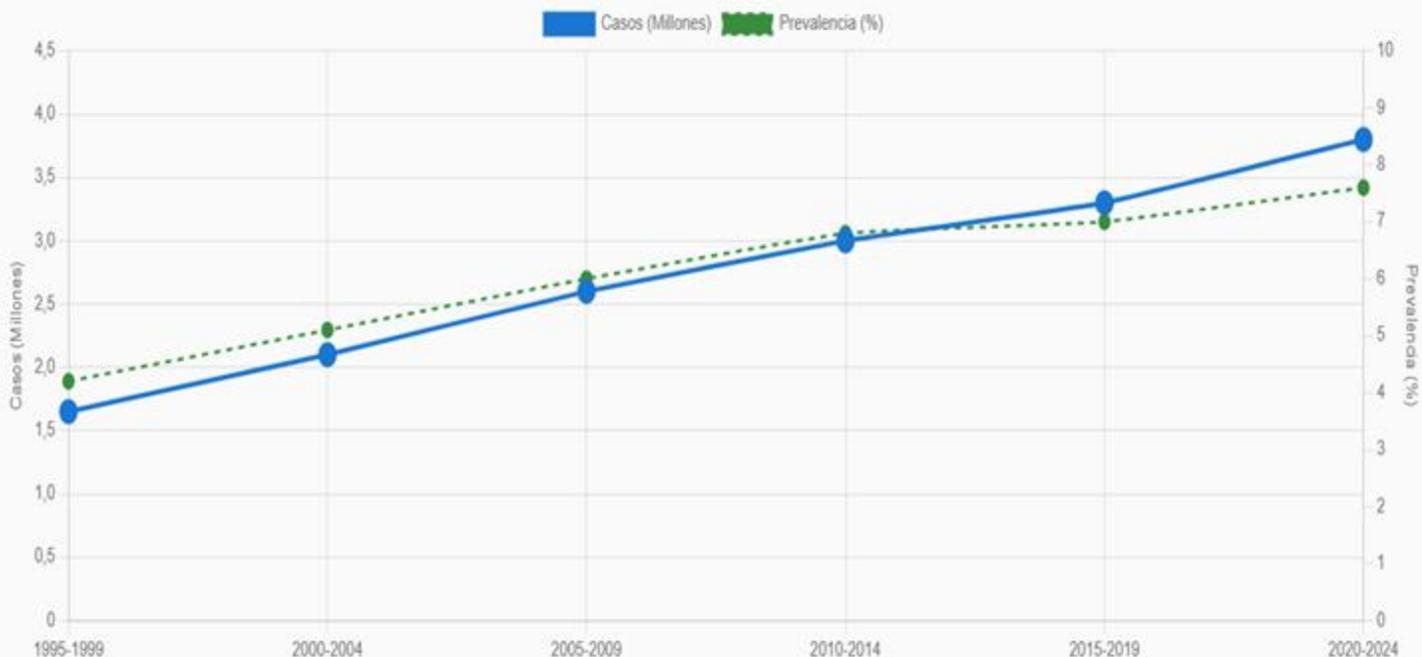
Para el 2036 requeriríamos 47% más de UPC, lo que representan 26 billones adicionales a valores constantes del 2024 .

Lo anterior representa 45 billones adicionales para atender el crecimiento de pacientes con condiciones crónicas seleccionadas.

El anterior cálculo no incluye los impactos de la nueva tecnología, la inflación, la devaluación, el empleo y demás variables que afectan el cálculo de la UPC.

Evolución de la Diabetes en España (1995-2024)

Casos de Diabetes por Quinquenios (Millones de personas)



1.65 millones
de casos en
1995

En 2018 se
duplicó en 3.3
millones de
casos

Resultados: La prevalencia mundial de diabetes en personas de 20 a 79 años en 2021 se estimó en 10,5% (536,6 millones de personas), aumentando a 12,2% (783,2 millones) en 2045.

Fuentes oficiales: Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).
Encuesta Europea de Salud en España (ESEE)
Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP

Diabetes Research
and Clinical Practice



CEXPES

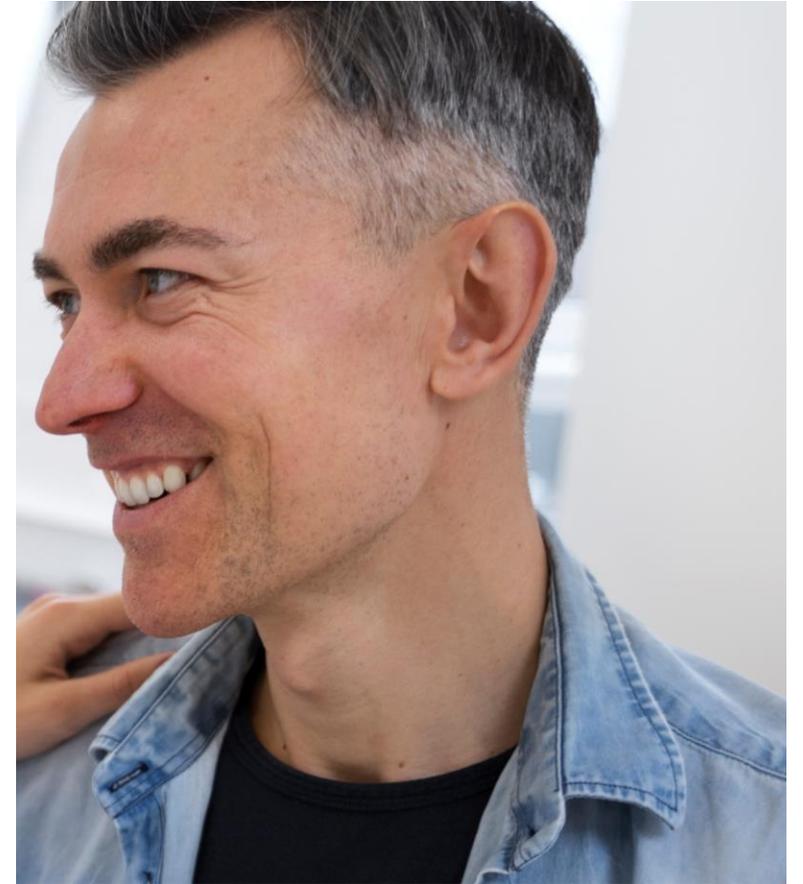
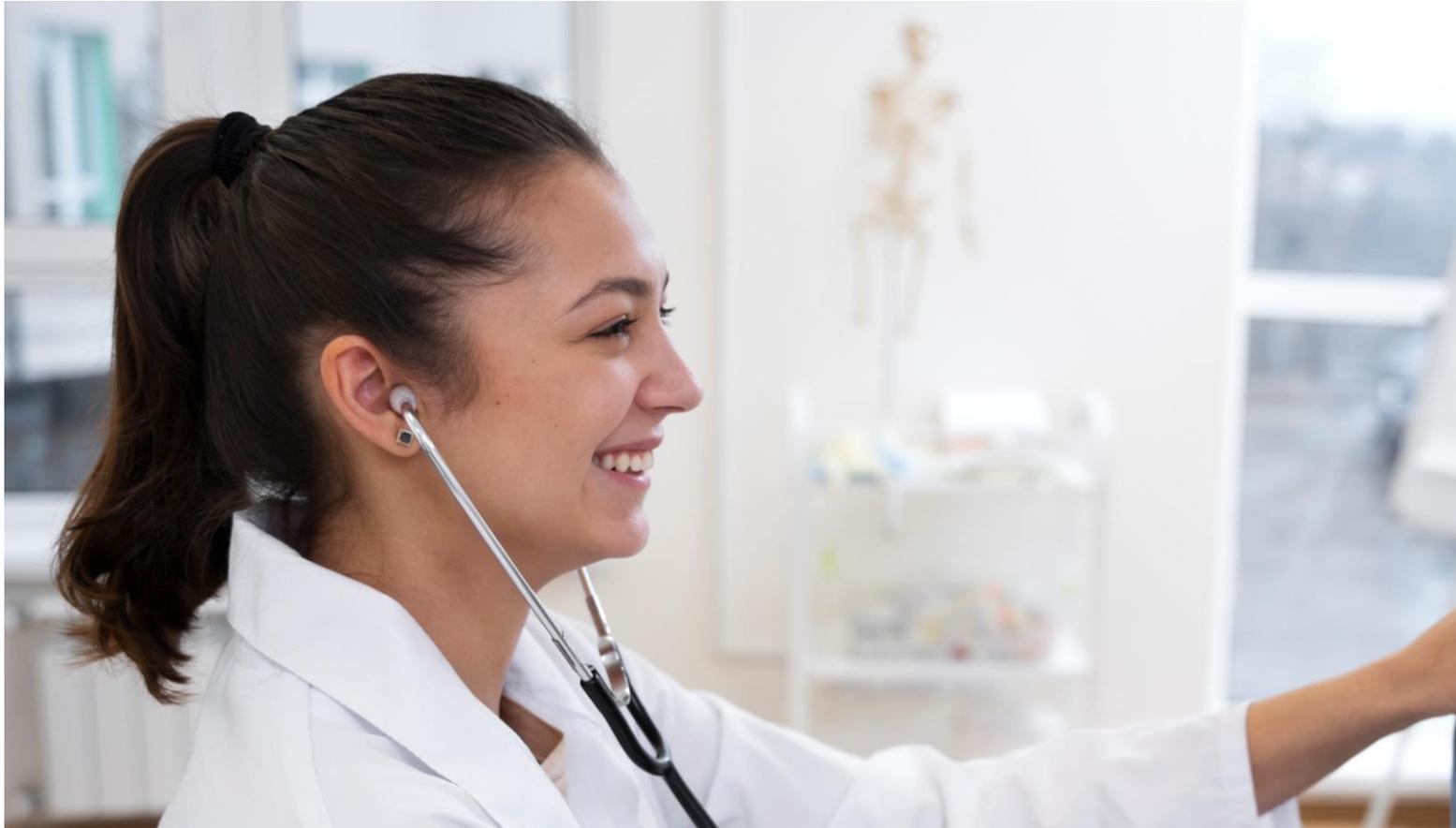
“El mismo incremento sostenido de pacientes se observa a nivel mundial. Importante resaltar que la estrategia de Atención primaria en salud es muy importante y necesaria, y debe impactar en la detección temprana, pero no detiene el incremento de las condiciones crónicas”

Variables asociadas al incremento de pacientes con condiciones crónicas.

El envejecimiento de la población conlleva a población con mayor número de condiciones crónicas.

La carga en estilos de vida no saludable, el escaso abordaje en salutogenésis y homeostasis, y el impacto de los determinantes sociales de la salud.

El mayor número de pacientes con condiciones crónicas se asocia con mayor demanda de servicios, de cuidados a largo plazo y mayores costos.



4. Conclusiones y recomendaciones

Datos Clave

32-38%

de los colombianos tienen una condición crónica identificada.

60-70%

del gasto en salud es para atender la población con condiciones crónicas.

11 MM US

La carga socioeconómica de 7 condiciones (3,1 PIB).

71%

De la carga de enfermedad total.

En 10 años

1 de cada 2

colombianos tendrá una condición crónica en el 2035.

80%

del gasto en salud será para atender la población con condiciones crónicas



La expectativa de vida al nacer será de 80 años.

46%

Incremento en el gasto en salud solo por crecimiento de esta población.

Algunas conclusiones

En la actualidad 1 de cada 3 colombianos tiene una condición crónica registrada.

Se espera duplicar el número de pacientes con condiciones crónicas en los próximos diez años, una velocidad más acelerada de lo que esperábamos.

Requerimientos adicionales de UPC del 3,56% interanual sostenido para los próximos 10 años.

Para el año 2036 vamos a requerir un 46% adicional a lo que invertimos en el 2024, es decir, se requieren 45 billones adicionales para ese año.

Tener presente que por cada dos pesos invertidos en atención en salud debemos asumir un peso adicional por Carga socioeconómica.

Otros retos: envejecimiento acelerado

1984

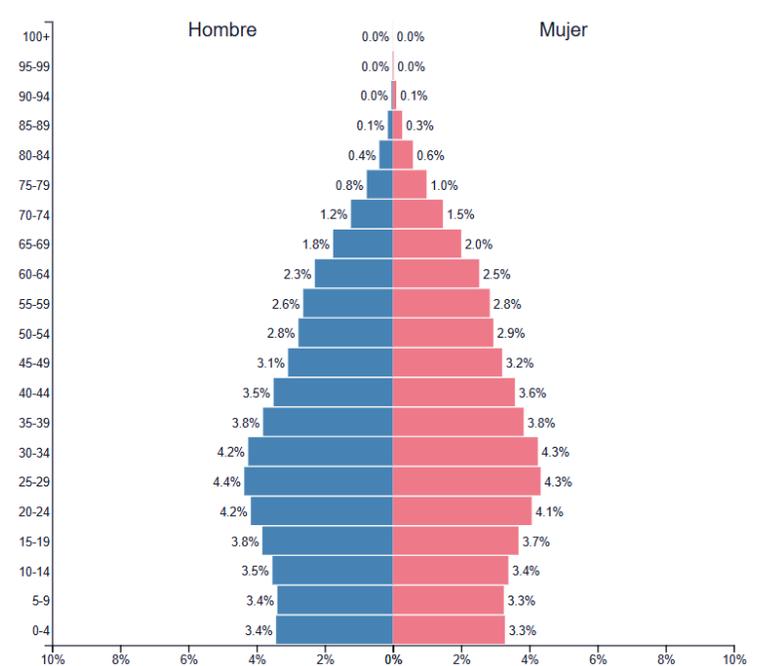
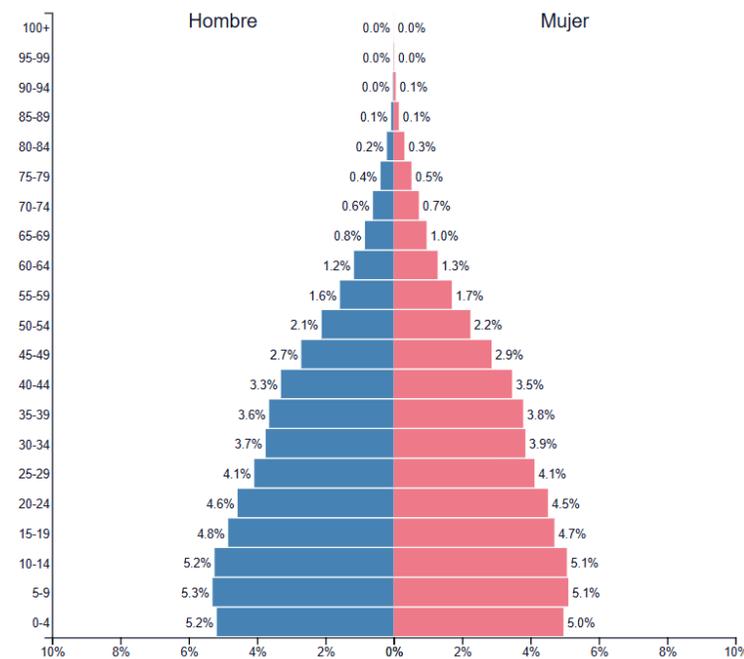
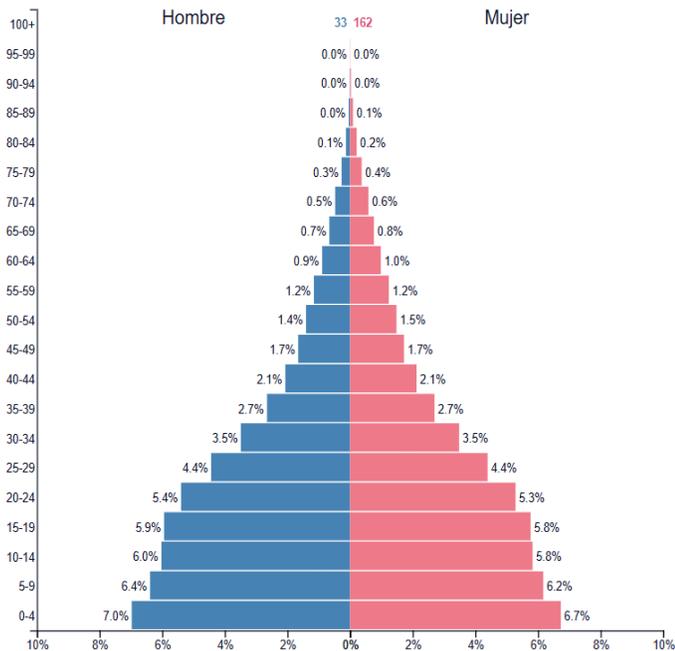
Población: 28,642,689

2004

Población: 41,543,171

2024

Población: 52,886,363

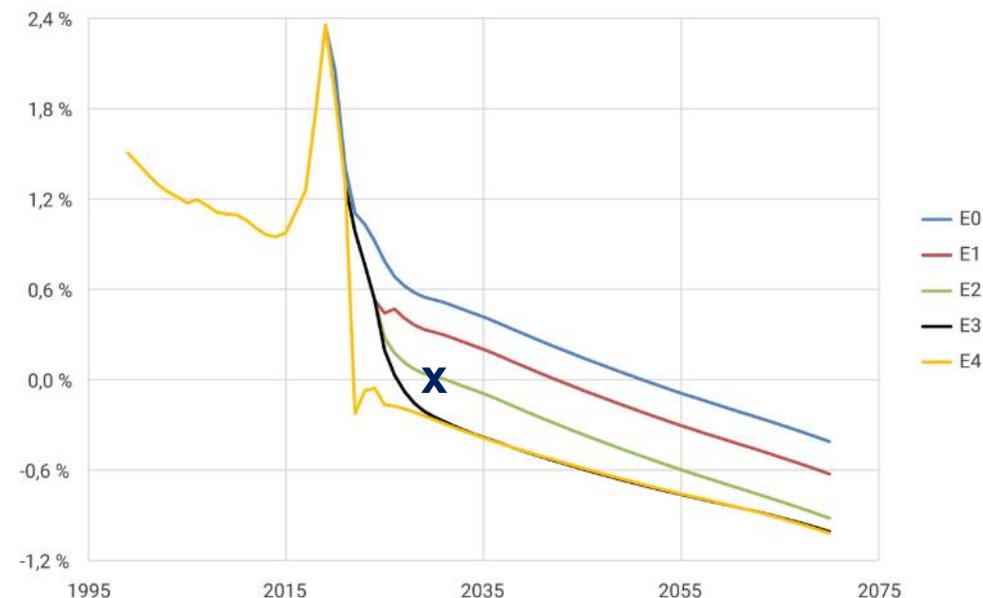


Fuente: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects

“Estamos envejeciendo a una velocidad mayor de lo esperado”

Disminución de la población colombiana

- Se espera que a principios de la próxima década inicie la disminución de la población total en Colombia.
- El decrecimiento poblacional no es solo un reto demográfico, sino un reto sistémico que afecta todos los pilares del país y para el sector salud, el impacto en el sistema de seguridad social y los efectos de la soledad.
- El abordaje requiere de una planificación anticipada, reformas estructurales y adaptaciones socioculturales. El futuro será sostenible solo si logramos trabajar de manera articulada y abordamos el reto de reinventarnos en torno a una población más pequeña, pero más productiva, integrada y cuidada

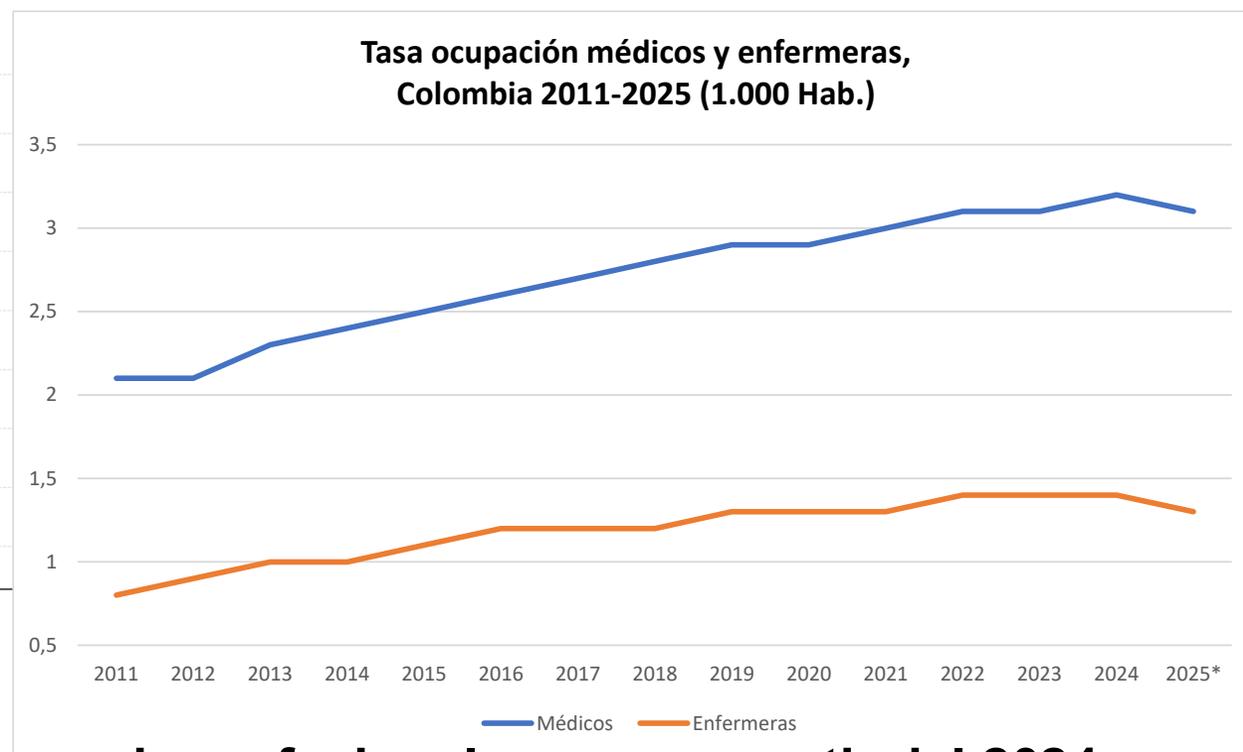
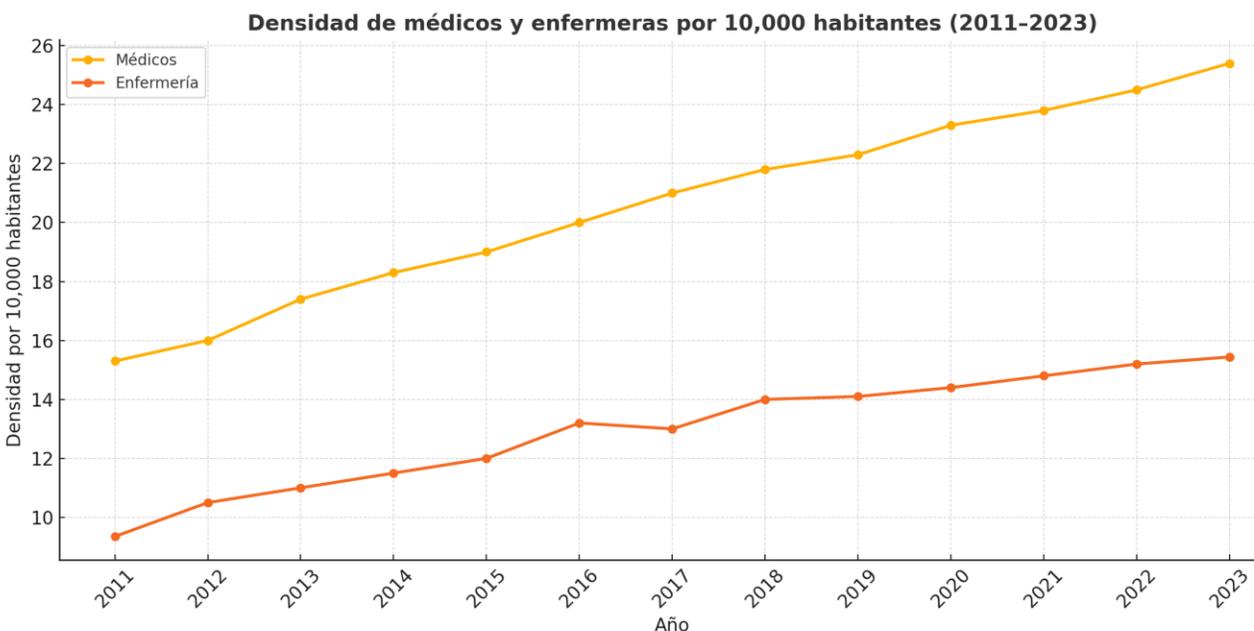


Fuente: Banco de la República. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/blog/cambios-demograficos-recientes-envejecimiento-poblacional>

Consideraciones:

- El crecimiento neto de población responde a los nacimientos, mortalidad y migración.
- El pico de crecimiento en el 2019 corresponde al pico de migración de venezolanos.
- Del estadio 0 al 3 se tienen en cuenta las proyecciones originales de mortalidad y migración, es decir, solo cambia la natalidad
- E0: Proyecciones originales del DANE.
- E1: supone caída de nacimientos es temporal hasta el 2027.
- E2: supone caída nacimientos no revierte pero sigue tendencia DANE.
- E3: supone que la caída no revierte y sigue igual.
- E4: igual que el E3 pero con una tasa de migración negativa como se observa en este momento.

Comportamiento de la oferta laboral en salud, Colombia 2011 – 2025



“Hasta ahora estamos formando mayor número de profesionales, pero a partir del 2024 empezamos a observar que hay menos profesionales laborando, esto presiona aun más el déficit de profesionales de la salud”

“Debemos complementar las respuestas a los problemas coyunturales (suficiencia y eficiencia) con el abordaje de un plan para abordar los retos estructurales de la próxima década”

“Porque el futuro no es lo que va a pasar mañana, son las decisiones que estamos tomando hoy que impactan el mañana”



Gracias

andrea.rincon@cexpes.com
fabian.cardona@cexpes.com



Frecuencias de uso

ACEMI

Contenidos presentación



Estructura	Detalle
Introducción al problema	La definición de las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud no cuenta con una metodología idónea que incorpore el crecimiento de frecuencias derivado de la mayor cobertura del sistema de salud, la transición epidemiológica y demográfica ante la que se enfrenta el país.
Objetivo	Evaluar del proceso de estimación de frecuencias de uso de servicios y tecnologías en salud, identificando puntos críticos de mejora, así como la definición de fuentes de información útiles para el cálculo.
Metodología aplicada	Identificación de las fallas en la estimación de frecuencias de uso de servicios y tecnologías en salud y seguimiento de RIPS.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• La metodología de prima pura de riesgo no ha sido utilizada en los últimos años, con una subestimación de las frecuencias de postpandemia.• La transición demográfica y epidemiológica, así como las inclusiones de nuevas tecnologías, determinan el crecimiento de las frecuencias.• Los RIPS deberían ser una herramienta a incorporar en la estimación.
Conclusiones y recomendaciones	<ul style="list-style-type: none">• Se debe ajustar la metodología de estimación de frecuencias de uso para que:<ul style="list-style-type: none">➢ Se base en el cálculo de primas puras de riesgo.➢ Incorpore el impacto de la prevalencia de enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional.• Es necesario mejorar la calidad de la información mediante: 1. Estandarización reportes, 2. Definición de agrupadores de servicios para un análisis más preciso.

Consideraciones generales

- Frecuencia de uso se refiere a la **cantidad** de servicios y tecnologías en salud prestados en un periodo de tiempo (generalmente mes o año) corregido por **población expuesta**.
- La unidad de medida utilizada para medir las frecuencias es la cantidad de **registros administrativos** reportados por las EPS en el estudio de suficiencia y población BDUA
- Unidad de medida no sigue estándar y varía entre EPS y a lo largo del tiempo: formas de contratación, EPS seleccionadas y población expuesta (traslados), inclusiones y fuentes de información. **Es como un metro que cambia de longitud cada año.**
- Servicios y tecnologías agregados son heterogéneos: consultas, cirugías, medicamentos, exámenes, imágenes, etc. Su naturaleza y evolución es distinta.

Ajuste de la UPC no ha seguido metodología actuarial sino aritmética. Cálculo no incluye componente de frecuencias

Año de ajuste UPC	Inflación causada año anterior*	Inclusiones	Inflación mas inclusiones
2023	13,12%	3,11% ⁺	16,23%
2024	9,73%	2,28%	12,01%
2025	5,20%	0,16%	5,36%

UPC se ha ajustado como la suma de la inflación causada mas el coste de inclusiones. Supone crecimiento de 0% en frecuencias.

Metodología para cálculo de prima pura de riesgo no ha sido utilizada en últimos años

$$\hat{\mu}_j = \frac{\sum X_{i n_j i=1}}{Exp_j(t)(1 + \xi)} * (1 + \tau)(1 + f)(1 + IBNR)$$

Costo 2023

Factores actualización 2025

$\hat{\mu}_j$ = Prima pura de riesgo j

X_i = Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j

$Exp_j(t)$: Población expuesta

ξ = Factor de ajuste por compensaciones faltantes.

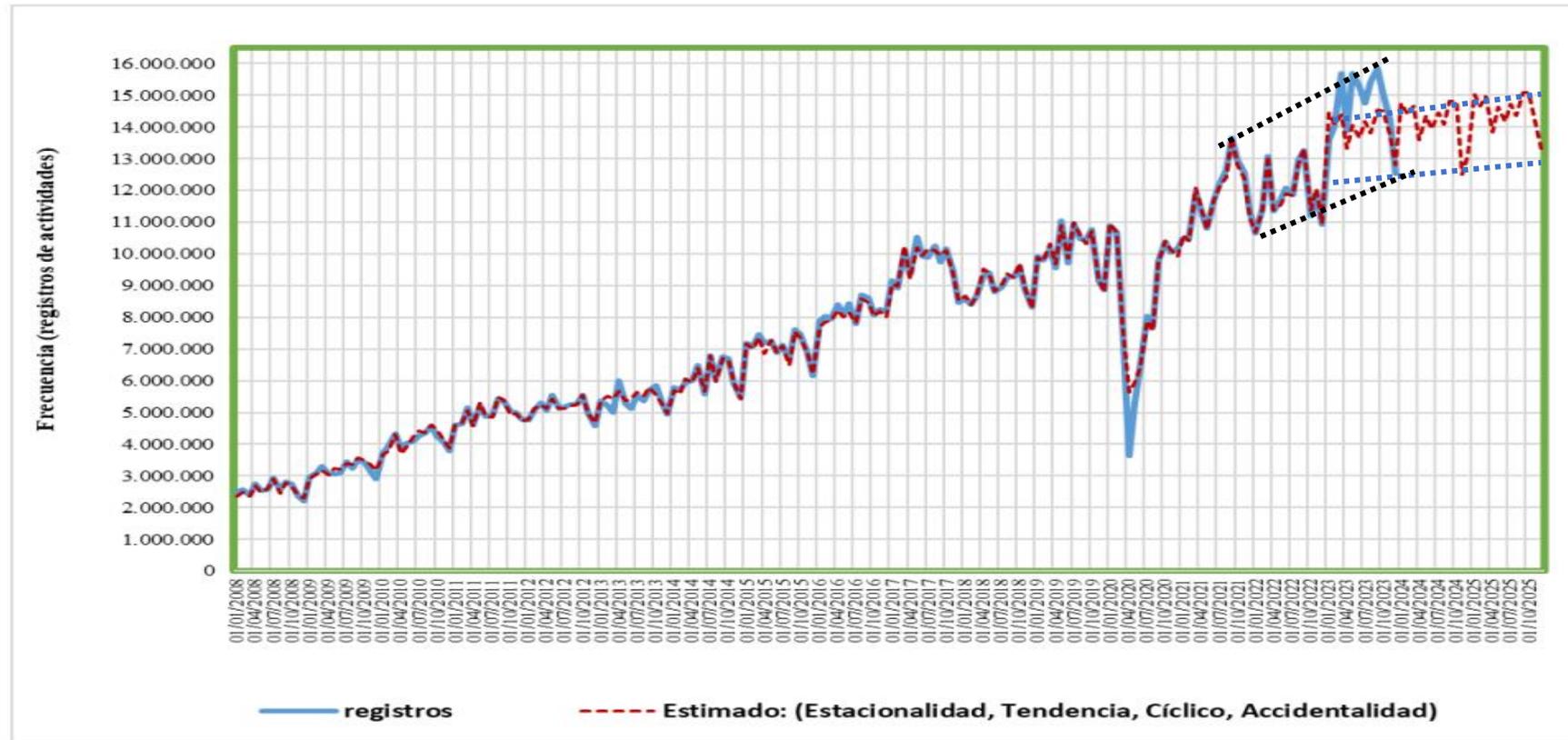
τ = Trending por inflación

f = Trending por frecuencia

IBNR= Ajuste por siniestros incurridos no reportados

Después de pandemia MSPS habría subestimado reiteradamente evolución de frecuencias de uso (UPC 2025, datos 2023): 8%-9%

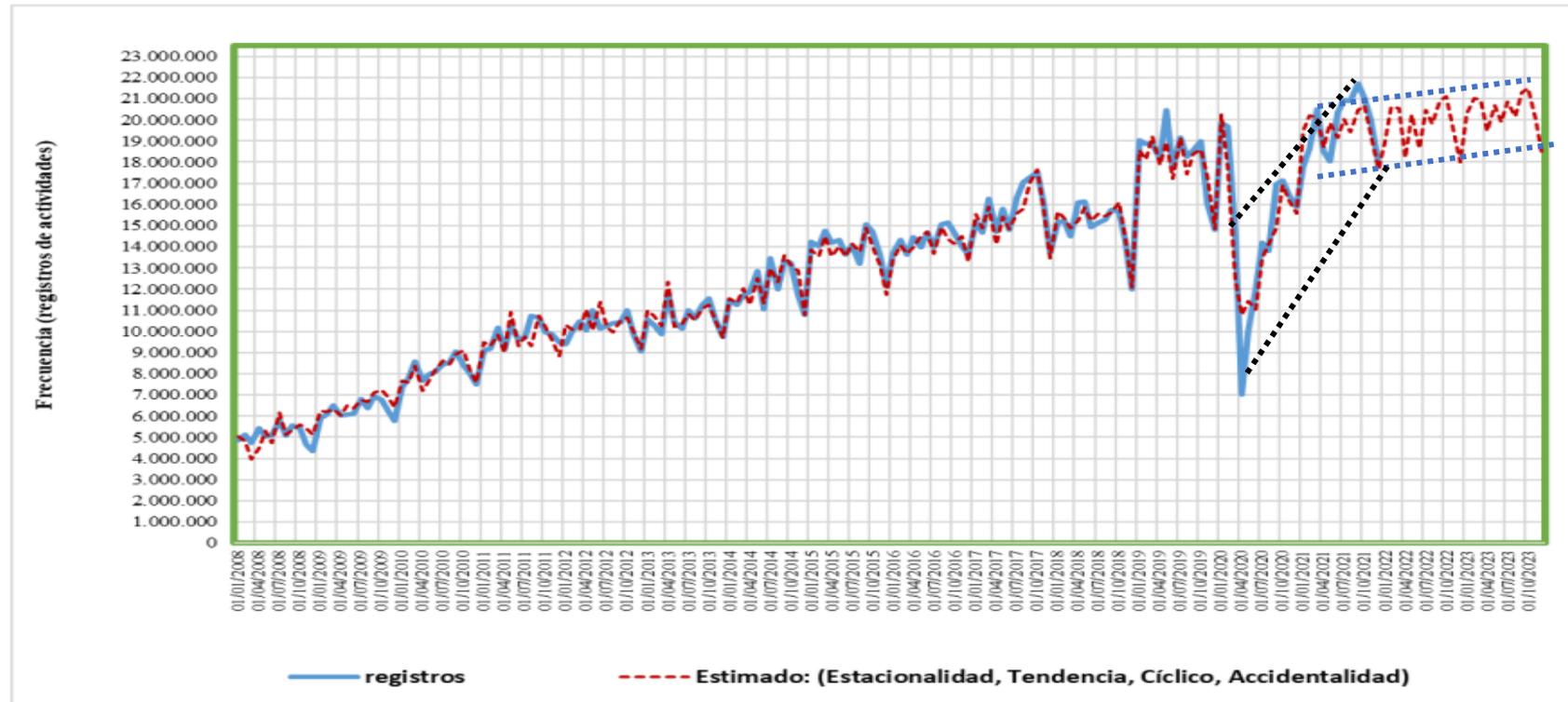
Gráfica 39. Registro de actividades (Frecuencia): Identificación de los componentes de tendencia, estacionalidad, cíclico y accidentalidad



Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Después de pandemia MSPS habría subestimado reiteradamente evolución de frecuencias de uso (UPC 2023, datos 2021): 4%-5%

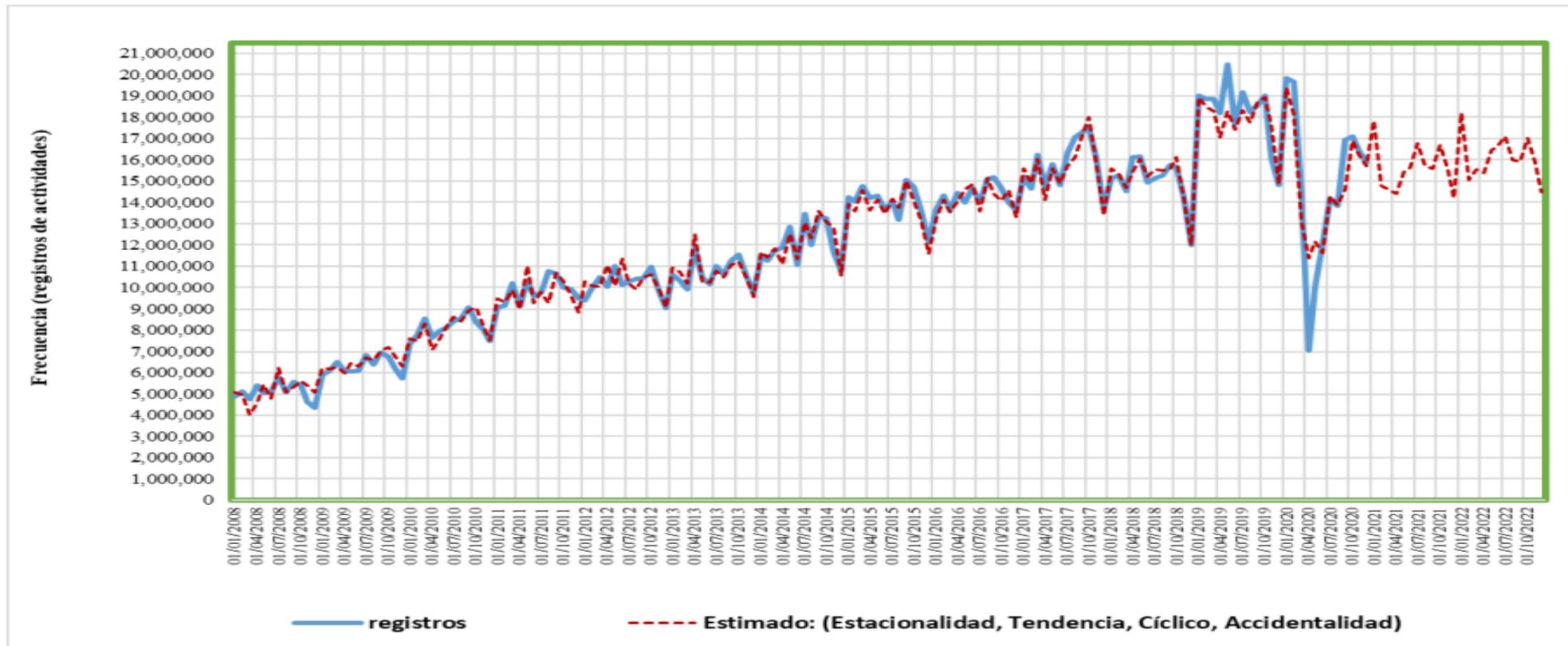
Gráfica 52. Registro de actividades (Frecuencia): Identificación de los componentes de tendencia, estacionalidad, cíclico y accidentalidad



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Durante pandemia MSPS sobre estimó evolución frecuencias de uso (UPC 2022, datos 2020)

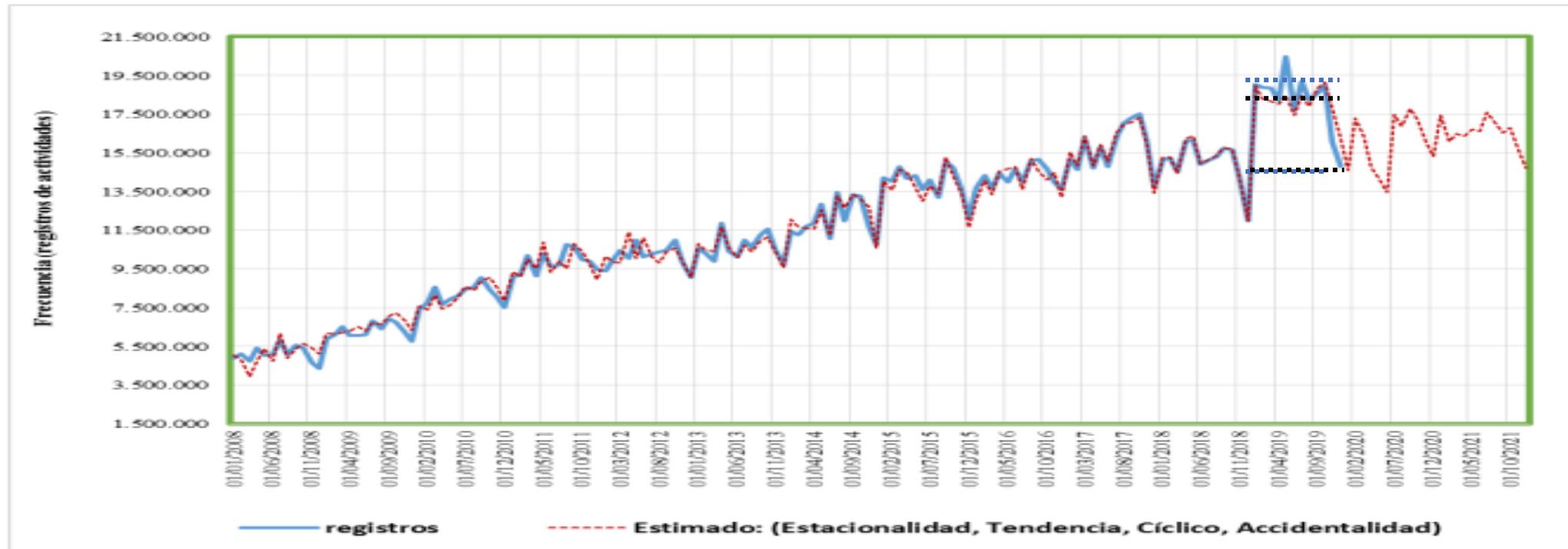
Gráfica 28. Registro de actividades (Frecuencia): Identificación de los componentes de tendencia, estacionalidad, cíclico y accidentalidad



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Antes de pandemia MSPS estimaba adecuadamente frecuencias de uso (UPC 2021, datos 2019)

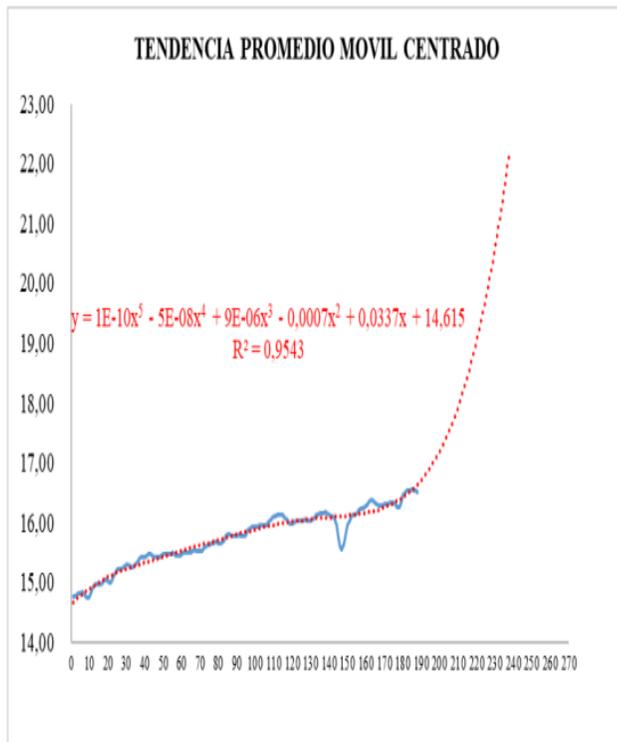
Gráfica 59. Registro de actividades (Frecuencia) en logaritmos: Identificación de los componentes de tendencia, estacionalidad, cíclico y accidentalidad. 2008-2021.



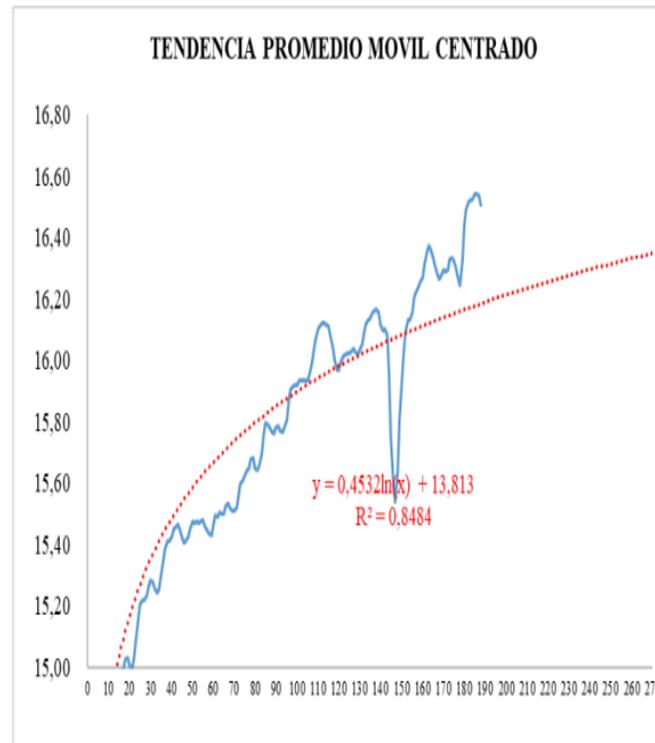
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2020.

Minsalud considera que frecuencia de uso “crece moderadamente” a través de los años

e) Tendencia: Polinomio de orden 5



f) Tendencia: Logarítmica



- “En la serie registros, se observan tasas de crecimiento mayores en los primeros años y menores en los años siguientes las cuales son recogidas mediante una tendencia de comportamiento logarítmico”.
- “El gráfico f) presenta la tendencia en logaritmo la cual tiende a estabilizarse en el tiempo con crecimientos moderados”

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Existe diferencia notable entre frecuencias reportadas por EPS seleccionadas y modelación MSPS

Estudio UPC	Registros (A)	Población equivalente (B)	Frecuencias de uso por persona (A/B)	% anual frecuencias	Cálculo MSPS	Diferencia
2020	350.657.460	16.706.752	20,99			
2021	407.039.873	17.665.105	23,04	9,8%	3,40%	6,38%
2022	330.728.244	16.974.555	19,48	-15,4%	3,45%	-18,89%
2023	425.527.401	18.080.509	23,54	20,8%	Nd*	Nd*
2024	319.437.202	12.697.423	25,16	6,9%	5,96%	0,93%
2025-1	571.854.847	20.610.891	27,75	10,3%	2,81%	7,48%
2025-2	324.579.752	12.302.247	26,38	4,9%	2,81%	2,06%

Fuente: Estudio técnico para el incremento de la UPC 2025 . Información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2010 -2023 DRBCT MSPS

Nota técnica. No se menciona en estudio UPC 2023: "Con los resultados de las proyecciones se procede a calcular el crecimiento de la frecuencia de la serie, la cual será tenida en cuenta para el cálculo del crecimiento de la UPC del año 2023".

RIPS son un buen proxi para medición de frecuencias de algunos servicios del RC

Tabla 13. Frecuencia por grupo de consultas, reporte de las EPS régimen contributivo 2021 a 2023

Grupo consultas	Frecuencia					
	2021	%	2022	%	2023	%
MEDICINA GENERAL	65.745.269	22,3%	54.963.627	19,9%	61.502.585	17,1%
ODONTOLOGÍA GENERAL	7.719.911	2,6%	7.122.142	2,6%	8.958.059	2,5%
ENFERMERIA	6.470.526	2,2%	5.572.803	2,0%	5.697.753	1,6%
PEDIATRÍA	2.845.225	1,0%	2.648.985	1,0%	3.060.420	0,9%
PSICOLOGÍA	2.367.483	0,8%	2.049.350	0,7%	2.802.414	0,8%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2.103.616	0,7%	2.018.902	0,7%	2.362.440	0,7%
MEDICINA FAMILIAR	516.128	0,2%	722.925	0,3%	1.098.387	0,3%
ODONTOPEDIATRÍA	25.539	0,0%	30.032	0,0%	33.940	0,0%
Total consultas	87.793.697	29,8%	75.128.766	27,2%	85.515.998	23,8%
Total procedimientos	294.413.382	100,0%	276.026.559	100,0%	360.000.754	100,0%

Fuente: Base de suficiencia después de calidades. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. 2024

Fuente: Minsalud. Estudio técnico para el incremento de la Unidad de Pago por Capacitación 2025

Grupo consultas	Frecuencia					
	2021	%	2022	%	2023	%
MEDICINA GENERAL	45.971.878	15,1%	40.715.244	13,8%	42.176.475	12,92%
ODONTOLOGÍA GENERAL	6.771.508	2,2%	6.287.198	2,1%	6.560.377	2,01%
ENFERMERÍA	4.775.162	1,6%	3.312.560	1,1%	3.616.671	1,11%
PEDIATRÍA	2.284.861	0,8%	2.172.638	0,7%	2.282.674	0,70%
PSICOLOGÍA	1.657.835	0,5%	1.545.139	0,5%	1.799.061	0,55%
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2.062.186	0,7%	1.749.232	0,6%	1.942.892	0,60%
MEDICINA FAMILIAR	656.044	0,2%	649.843	0,2%	861.721	0,26%
ODONTOPEDIATRÍA	39.188	0,0%	44.353	0,0%	31.653	0,01%
OTRAS CONSULTAS	25.102.084	8,3%	25.111.655	8,5%	26.204.366	8,03%
TOTAL CONSULTAS RIPS	89.320.746	29,4%	81.587.862	27,6%	85.475.890	26,19%
TOTAL PROCEDIMIENTOS	214.188.823	70,6%	214.388.944	72,4%	240.913.709	73,81%
TOTAL PROCEDIMIENTOS + CONSULTAS	303.509.569	100,0%	295.976.806	100,0%	326.389.599	100,0%
Total consultas (suficiencia)	87.793.697		75.128.766		85.515.998	
Total procedimientos + consultas (suficiencia)	294.413.382		276.026.559		360.000.754	
Razón RIPS / Suficiencia (consultas)	101,7%		108,6%		100,0%	
Razón RIPS / Suficiencia (consultas + procedimientos)	103,1%		107,2%		90,7%	

Fuente: CUBO RIPS – Sispro- Régimen contributivo. Corte 07/03/2025. Homologación realizada por ACEMI

La realidad epidemiológica del país ha incrementado las frecuencias de uso

Prevalencia ERC-DM-HTA 2021-2024

Población	2021		2022		2023		2024		Comparativo 2022 vs. 2021		Comparativo 2023 vs. 2022		Comparativo 2024 vs. 2023	
	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Variación porcentual (casos)	Valor p*	Variación porcentual (casos)	Valor p*	Variación porcentual (casos)	Valor p*
ERC	889.123	1,75	790.117	1,54	991.212	1,91	1.242.214	2,37	↓ -11,14	<0,001	↑ 25,45	<0,001	↑ 25,32	<0,001
DM	1.576.508	3,11	1.599.368	3,12	1.985.718	3,82	2.304.237	4,39	↑ 1,45	0,521	↑ 24,16	<0,001	↑ 16,04	<0,001
HTA	4.890.174	9,64	4.903.616	9,55	5.649.061	10,87	6.196.461	11,81	↑ 0,27	<0,001	↑ 15,20	<0,001	↑ 9,69	<0,001

Numero de casos entre 2022 y 2024:

ERC: +452MM (57,2%)

DM: +705MM (44,1%)

HTA: 1,293MM (26,4%)

Prevalencia cáncer general invasivo 2021 - 2024

Población	2021		2022		2023		2024		Comparativo 2021 vs. 2022		Comparativo 2022 vs. 2023		Comparativo 2023 vs. 2024	
	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Variación % (casos)	Valor p*	Variación % (casos)	Valor p*	Variación % (casos)	Valor p*
Cancer_invasivo_general	394.575	783,32	438.120	858,23	491.510	951,01	607.495	1.163,44	↑ 11,04	<0,001	↑ 12,19	<0,001	↑ 23,60	<0,001

Entre 2021 y 2024 casos de cáncer general invasivo pasaron de 395 mil casos a 607 mil casos. Un aumento acumulado del 54% para el periodo .

Fuente : Cuenta de alto costo

Nota Técnica: *Valor p de la prueba para la diferencia entre dos proporciones a partir de las prevalencias crudas. Se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor p <0,05. Prevalencia x 100 habitantes

Prevalencia VIH 2021-2024

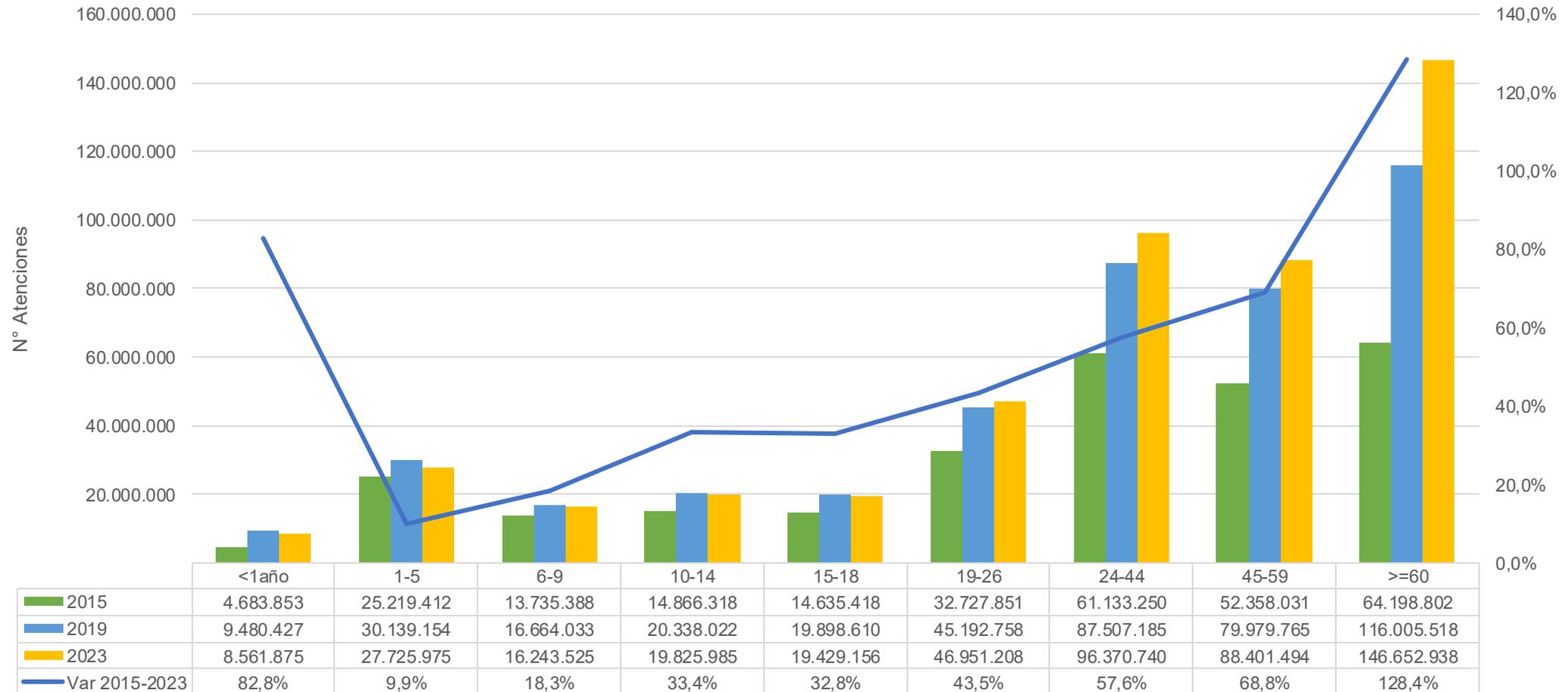
Población	2021		2022		2023		2024		Comparativo 2021 vs. 2022		Comparativo 2022 vs. 2023		Comparativo 2023 vs. 2024	
	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Casos	Cruda	Variación % (Casos)	Valor p*	Variación % (Casos)	Valor p*	Variación % (Casos)	Valor p*
VIH	134.902	0,27	150.839	0,30	168.472	0,33	187.873	0,36	↑ 11,81	<0,001	↑ 11,69	<0,001	↑ 11,52	<0,001

*Valor p de la prueba para la diferencia entre dos proporciones a partir de las prevalencias crudas. Se consideraron como significativas aquellas asociadas a un valor p <0,05. Prevalencia por 100 habitantes.

En los últimos cuatro periodos se ha observado un **incremento en la prevalencia** de casos de VIH, con una **variación porcentual anual significativa de entre el 11% y 12% anual** para el periodo de 2021-2024.

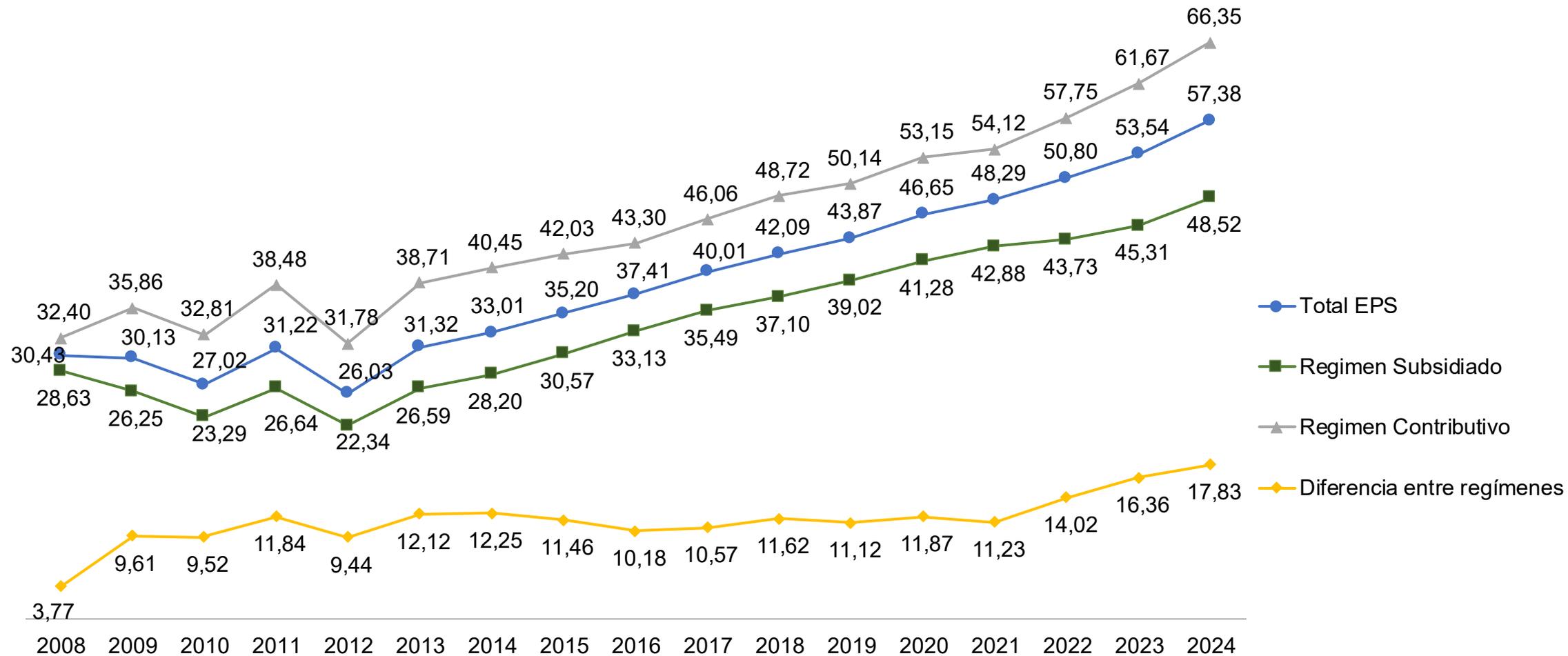
El envejecimiento poblacional tiene un efecto sobre las frecuencias de uso

Procedimientos y consultas por ciclo vital

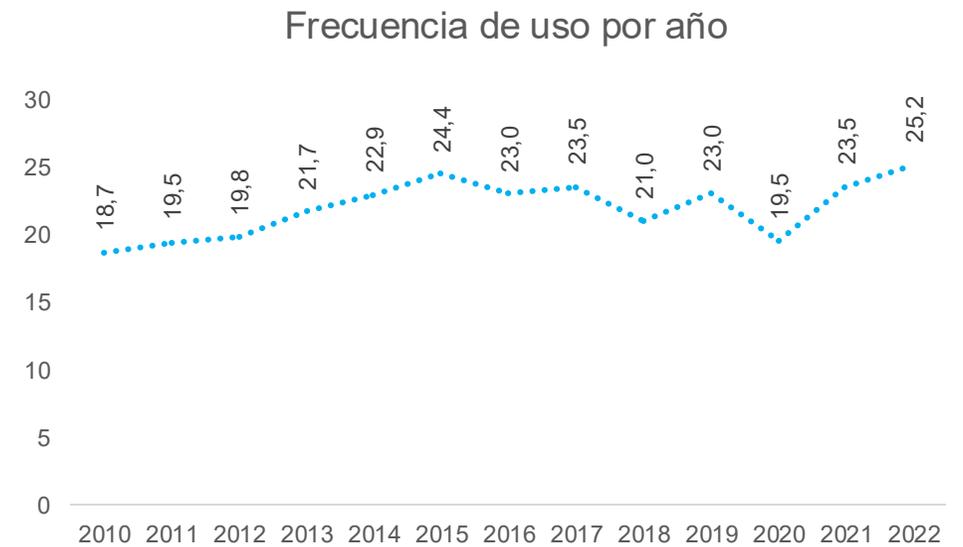
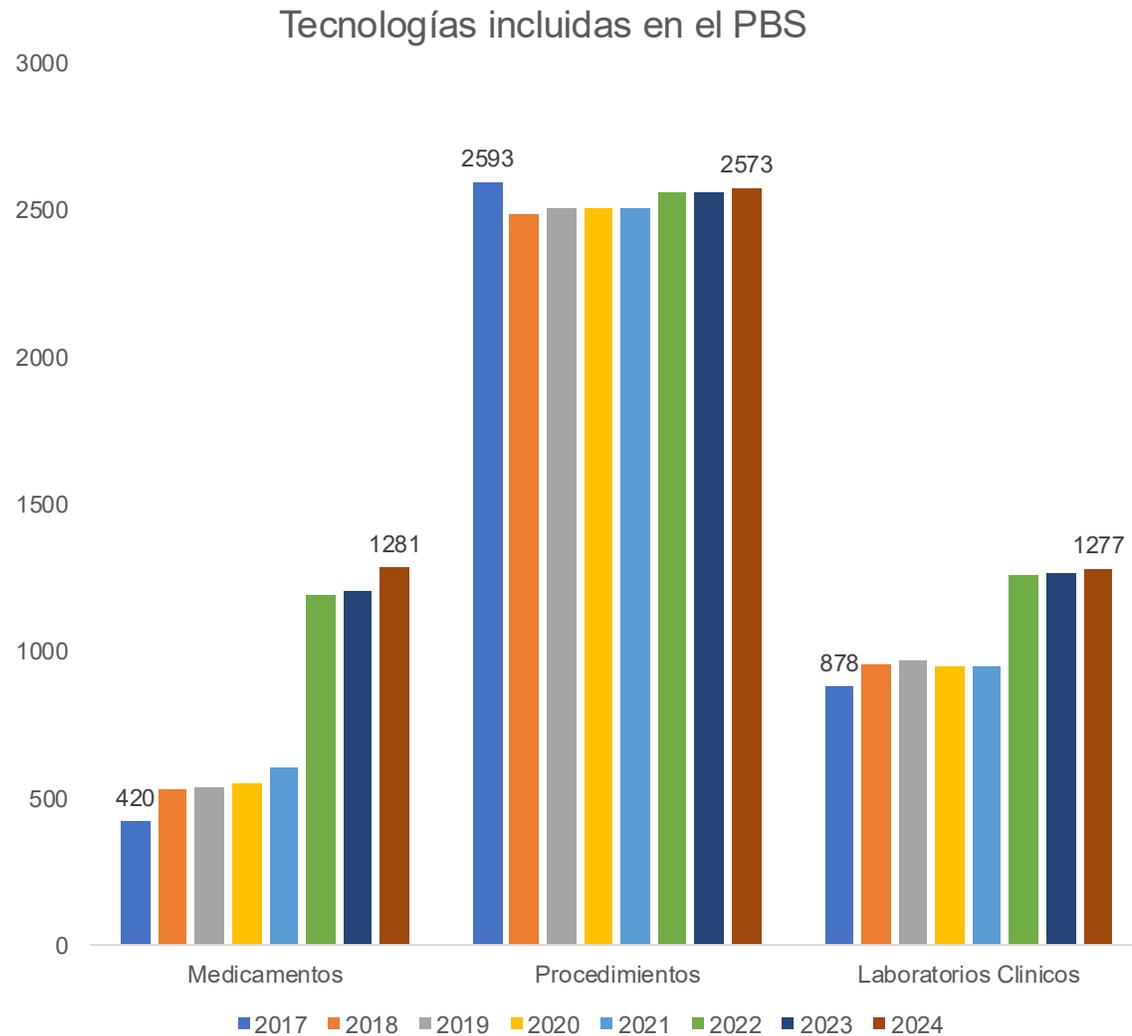


Fuente: Cubo RIPS-Bodega SISPRO-MSPS, con datos de años 2015, 2019 y 2023. La información puede ser susceptible de cambios y carga adicional de datos.
 Nota: Se tienen en cuenta los registros correspondientes a las atenciones correspondientes a procedimientos y consultas (tipode atención) realizadas por las EPS (régimenes contributivo y

Índice envejecimiento 2008-2024



Inclusiones tienen efecto sobre frecuencias de uso



Otros temas

Ley Estatutaria y PBS de lista negativa

Judicialización

Medicamentos han presionado al alza frecuencias de uso

AGRUPACIONES	FRECUENCIAS				PARTICIPACIONES				VARIACIONES		
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024	2021 - 2022	2022 - 2023	2023 - 2024
MEDICAMENTOS PBS AMBULATORIOS	2.186	3.139	3.502	4.063	76%	83%	84%	86%	44%	12%	16%
INSUMOS POS	215	194	212	221	7%	5%	5%	5%	-10%	10%	4%
GASTOS MISCELANEOS	157	170	194	200	5%	4%	5%	4%	8%	14%	3%
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	94	84	83	85	3%	2%	2%	2%	-11%	-1%	3%
NIVEL BASICO Y ATENCION DOMICILIARIA	130	96	68	56	5%	3%	2%	1%	-26%	-29%	-18%
CONSULTAS MEDICAS	54	61	64	70	2%	2%	2%	1%	13%	5%	9%
HOSPITALIZACION MANEJO MEDICO	8	9	10	12	0%	0%	0%	0%	17%	10%	21%
TELESALUD	30	4	2	1	1%	0%	0%	0%	-85%	-63%	-65%
ALTO COSTO	6	6	7	7	0%	0%	0%	0%	11%	6%	9%
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	5	6	7	7	0%	0%	0%	0%	17%	9%	-1%
OTRAS	7	7	7	7	0%	0%	0%	0%	-4%	4%	-2%
TOTAL	2.890	3.776	4.155	4.728	100%	100%	100%	100%	31%	10%	14%

Agrupaciones propias de EPS SURA para gestión del costo, tomando como insumo prestaciones por actividad.

Evidencia que impulsor de tendencia creciente es rubro de medicamentos en un 82%

Reflexiones finales – oportunidades de mejora

- ✓ Metodología actuarial se desarrolla en el estudio de suficiencia pero no se ha utilizado para ajuste de UPC
- ✓ Minsalud habría subestimado el comportamiento de frecuencias de uso después de pandemia. Se requieren validaciones externas con acceso a base de datos de registros para cotejar ejercicios actuariales y series de tiempo
- ✓ Prevalencias de enfermedades crónicas, envejecimiento e inclusiones PBS son determinantes del crecimiento de frecuencias. Frecuencias crecen por mayor uso de medicamentos esencialmente.
- ✓ Se requiere estandarizar reporte y eliminar discrecionalidades. En agrupación de servicios (paquetes, cápita, eventos, pagos prospectivos, etc.) y fuentes (RIPS, autorizaciones, cuentas médicas).
- ✓ Se requiere una mejor gobernanza de datos en el sector. RIPS pueden servir como base alternas a suficiencia, aunque rezago en reporte es significativo. Implementación RIPS-FEV es clave.

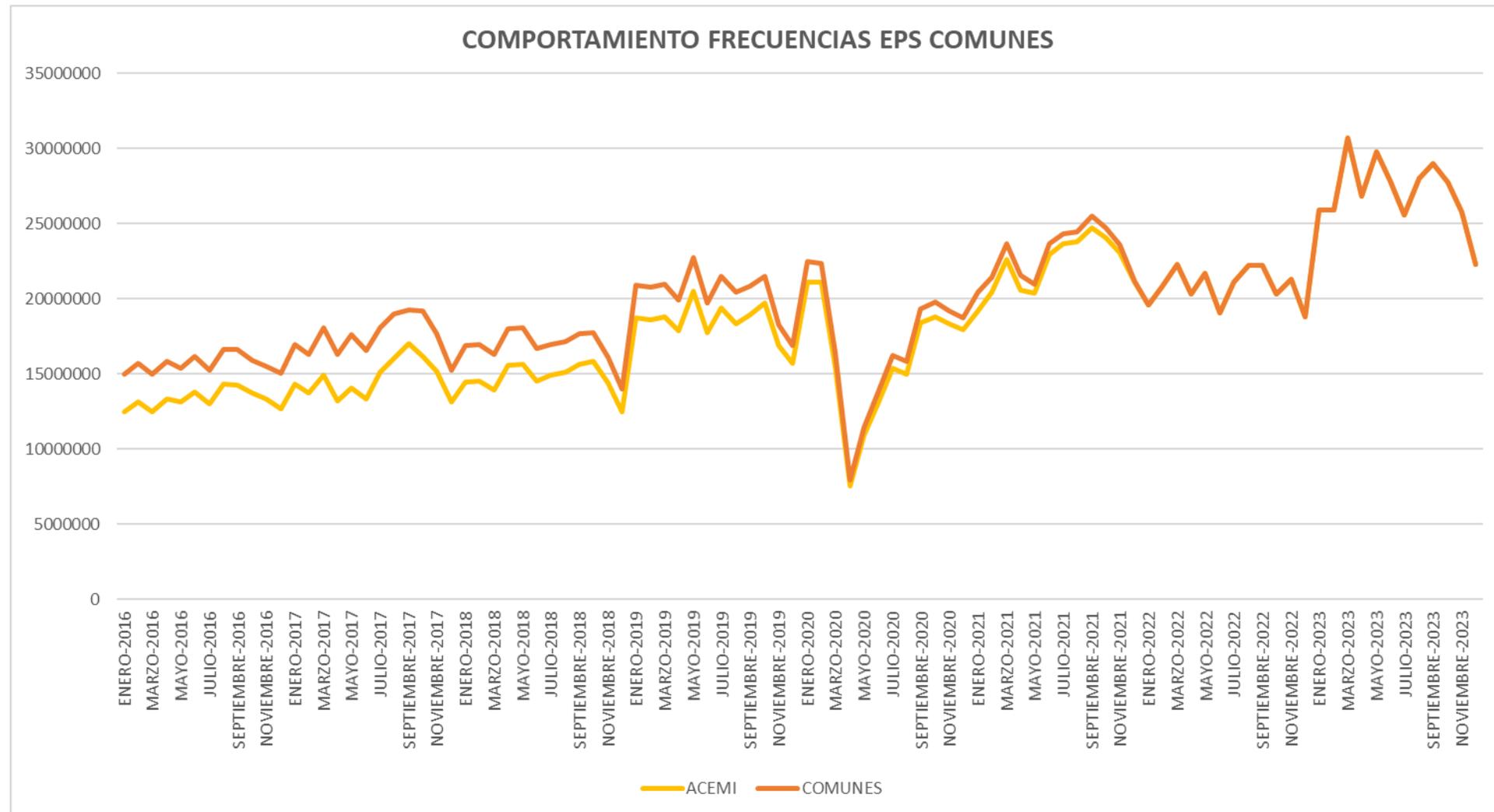
Frecuencias y severidad: Marco conceptual y metodológico

MSPS

Comportamiento frecuencias estudio UPC



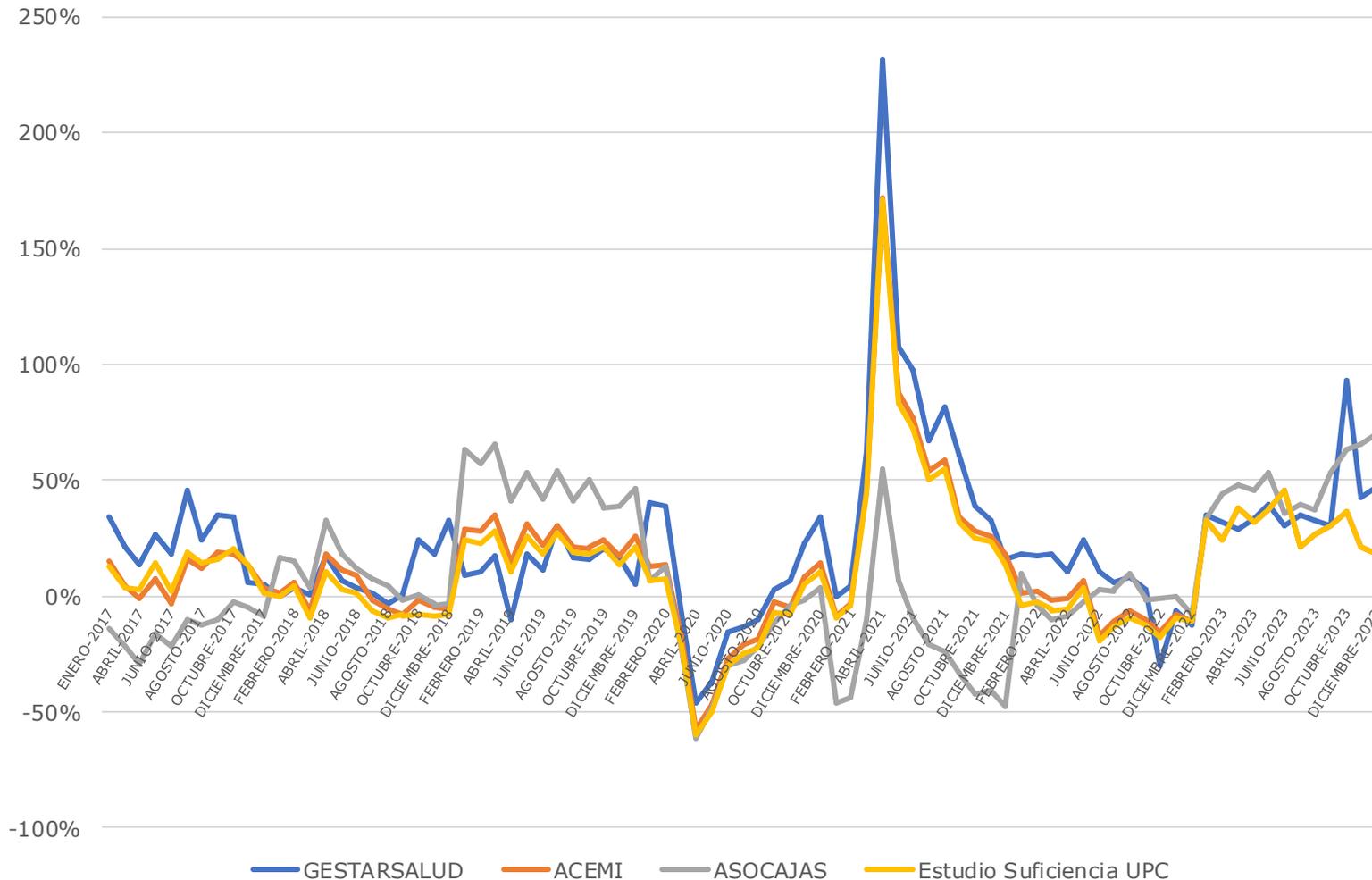
El comportamiento de las frecuencias de las agremiaciones de ACEMI presenta un comportamiento histórico similar al comportamiento de todo el régimen contributivo, el cual se utiliza para el cálculo del ajustador de frecuencia de la UPC.



Comportamiento frecuencias estudio UPC



Variación porcentual de la frecuencia



Correlaciones	Estudio de Suficiencia UPC
GESTARSALUD	,899**
ACEMI	,983**
ASOCAJAS	,359**
Estudio suficiencia UPC	1

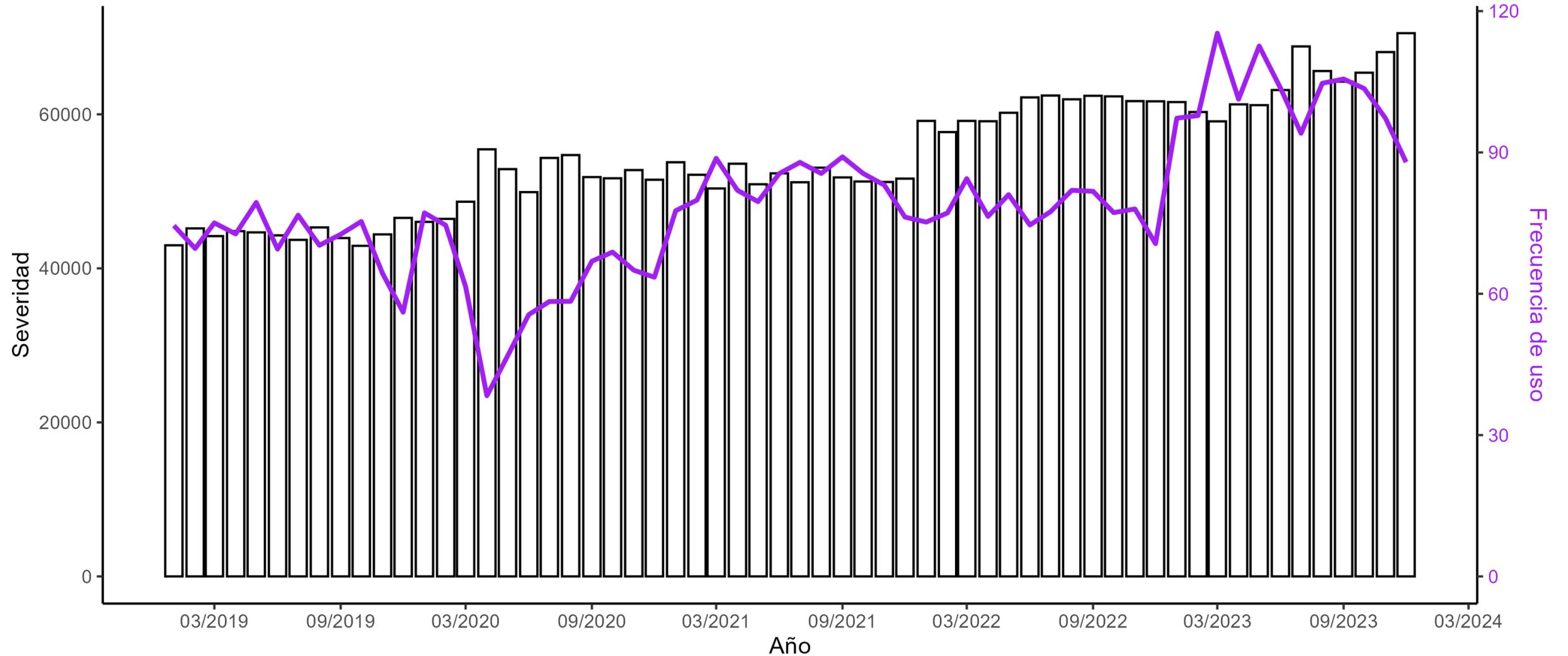
**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

El comportamiento de las frecuencias de las EPS que hacen parte de las agremiaciones de las EPS es similar al comportamiento de las EPS seleccionadas para el cálculo del ajustador de frecuencias del estudio de suficiencia de la UPC.

Frecuencia y severidad del régimen contributivo

Tendencia de severidad y frecuencia del regimen contributivo

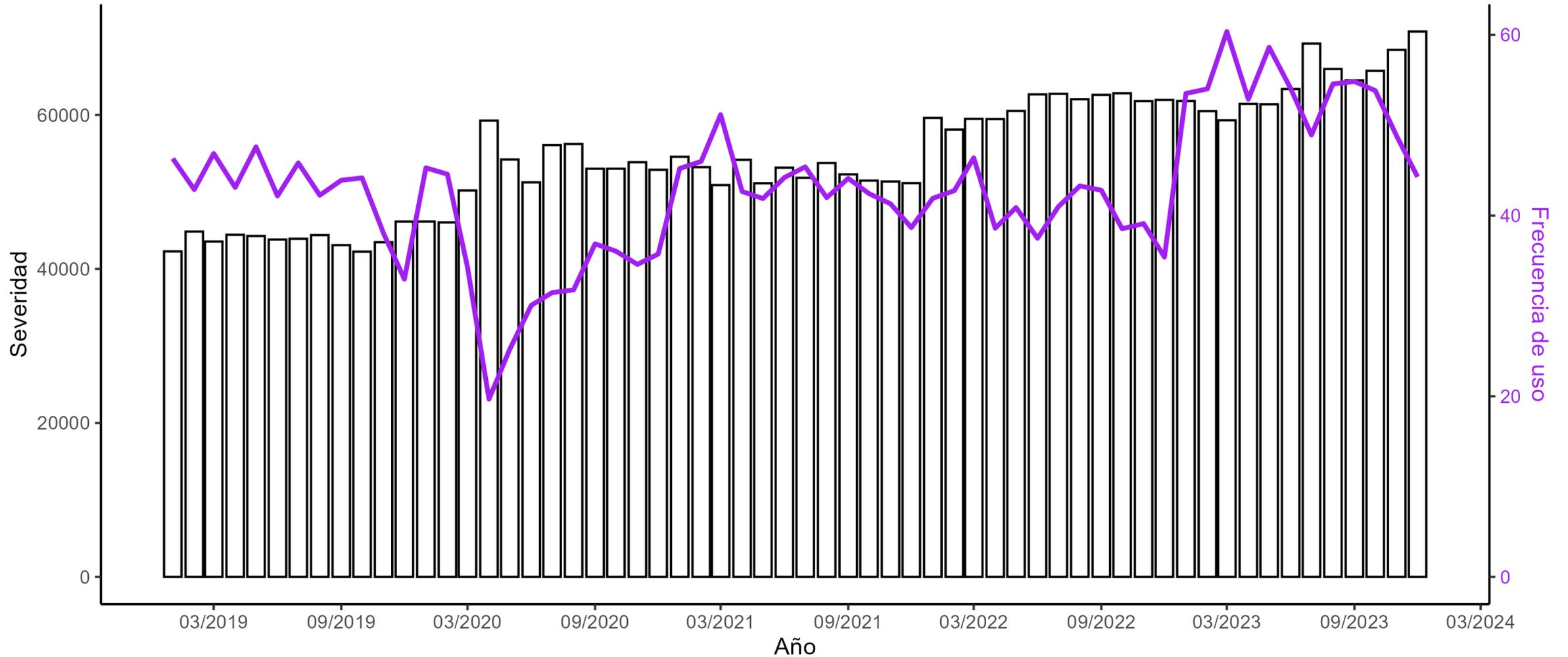
Todas las EPS



Frecuencia y severidad

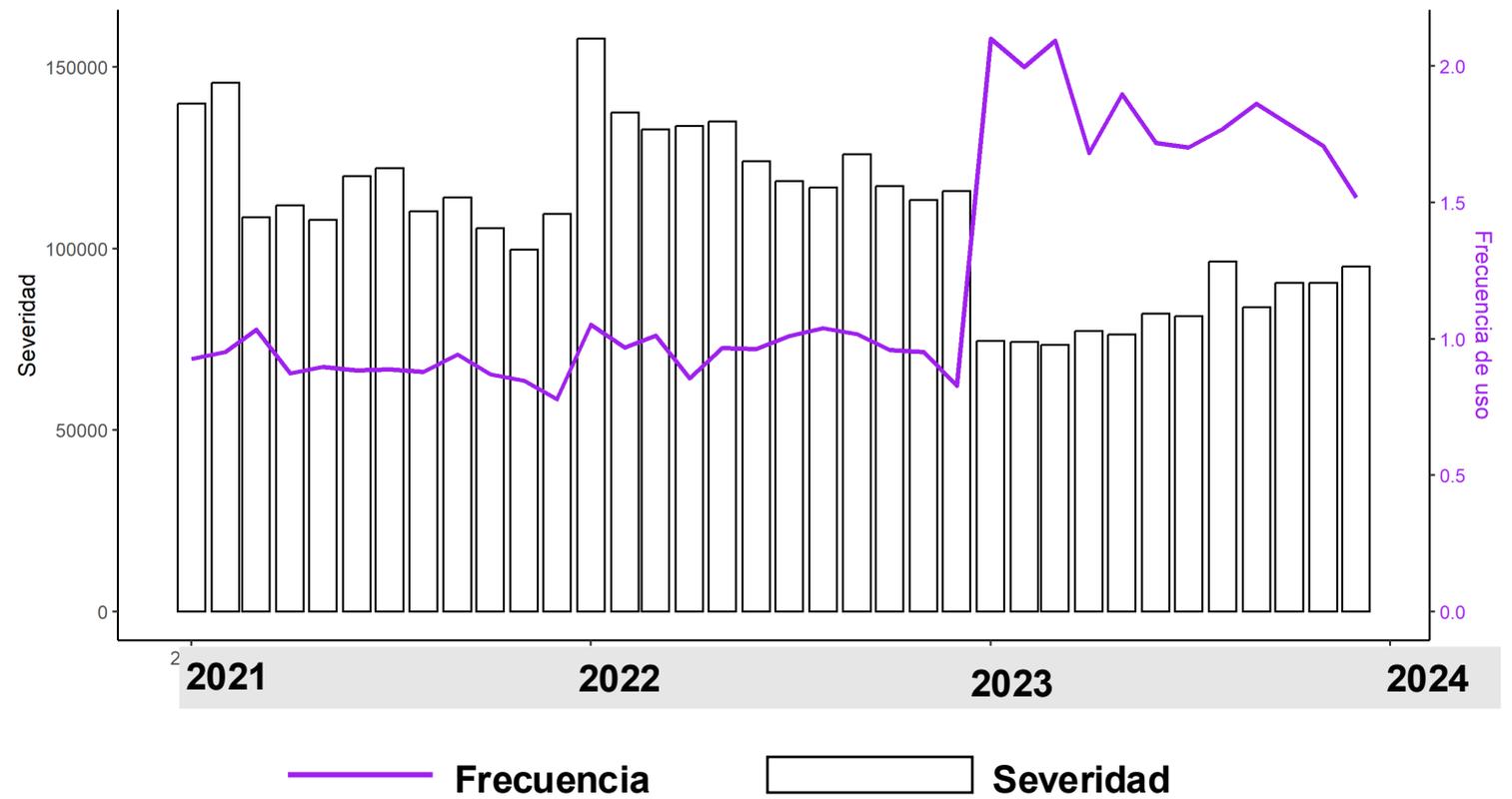
Tendencia de severidad y frecuencia del EPS

Salud Total, Sanitas, Compensar, Sura, Comfenalco Valle, Famisanar, SOS y Nueva EPS



Cambio brusco en el patrón de severidad (valor) y frecuencia, que no tiene sustento

Tendencia de severidad y frecuencia de uso 2021 a 2023 - COMPENSAR EPS

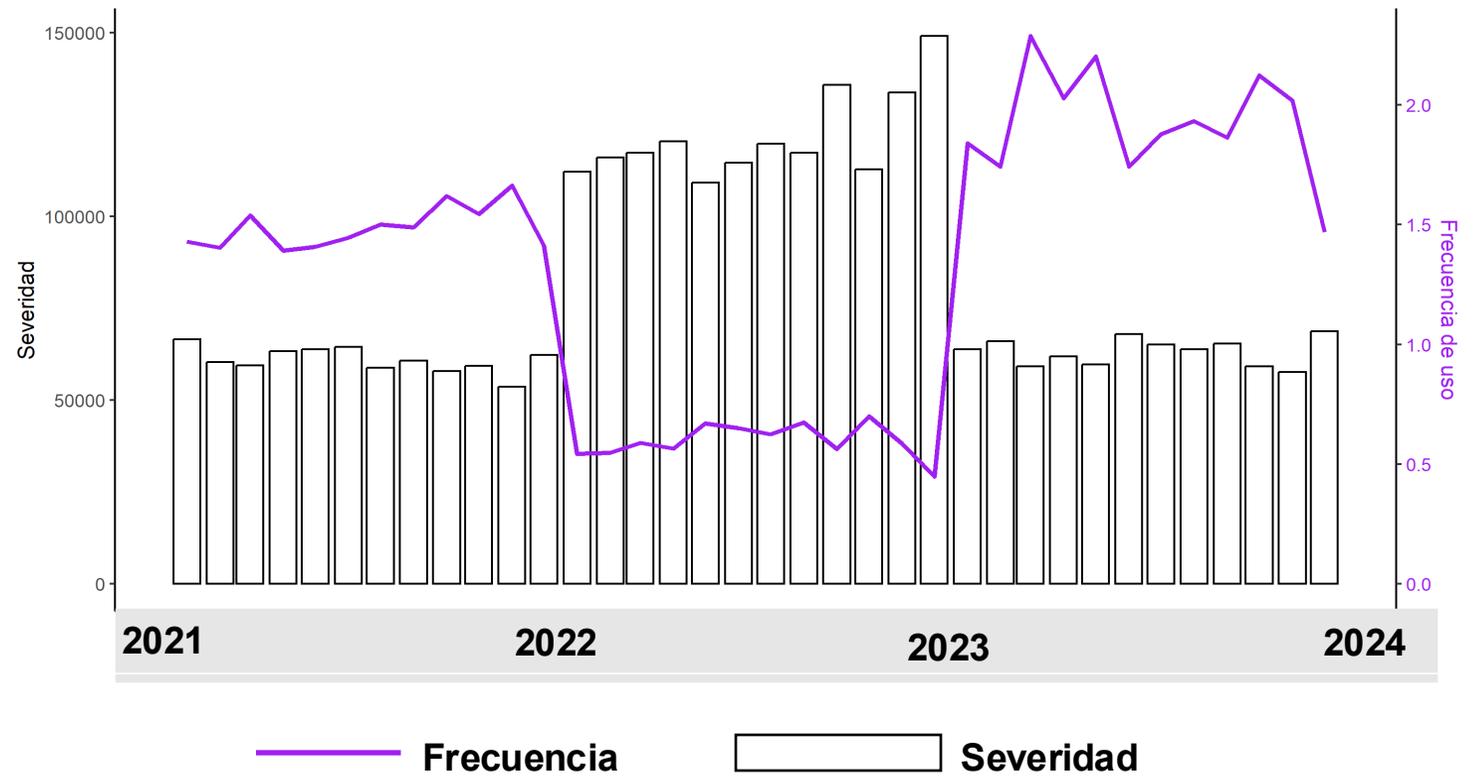


Se excluye del estudio de suficiencia

Selección de EPS

Cambio brusco en el patrón de severidad (valor) y frecuencia, que no tiene sustento

Tendencia de severidad y frecuencia de uso 2021 a 2023 - FAMISANAR



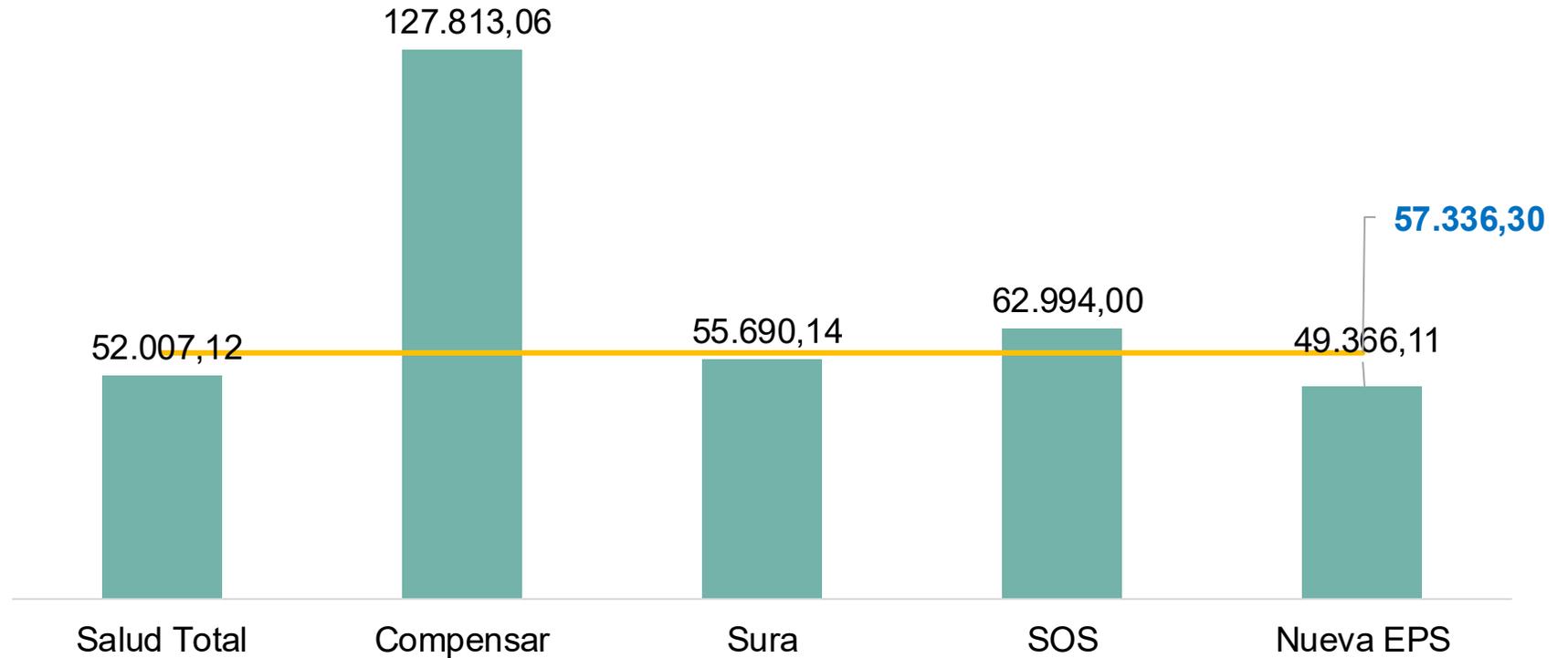
Se excluye del estudio de suficiencia

Selección EPS- Análisis Consistencia Interna



SEVERIDAD 2022

Severidad 2022 promedio severidad



COMPENSAR reporta un costo equivalente al 243% del promedio de las demás EPS de la selección

Fuente: Elaboraciones propias DRBCTAS base de estudio de suficiencia información 2022.

RESUMEN RESULTADOS 2022 – COMPENSAR

Consistencias Interna de la Información

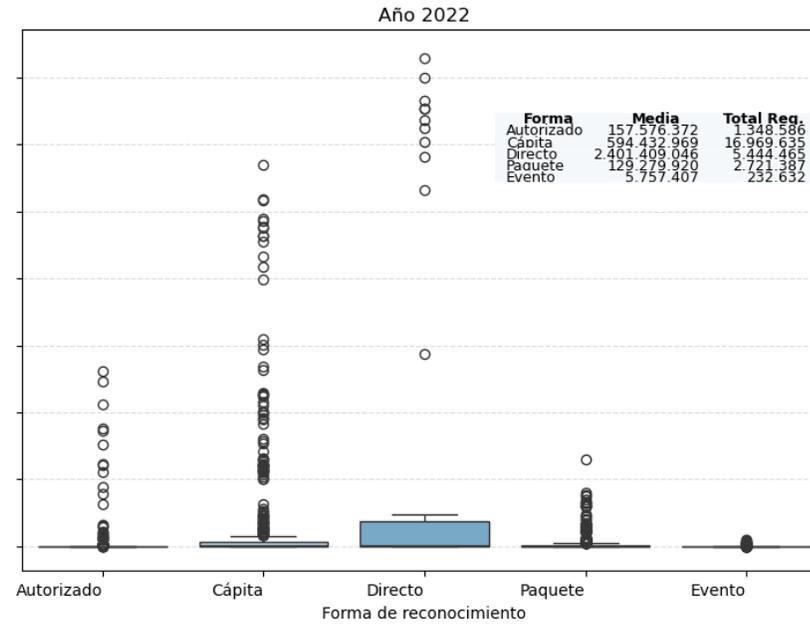
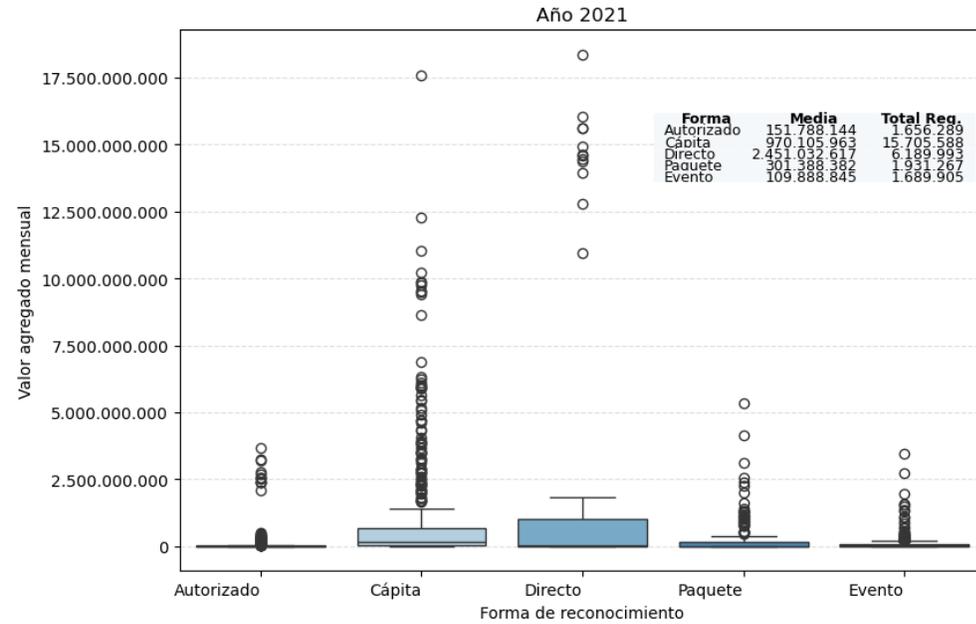
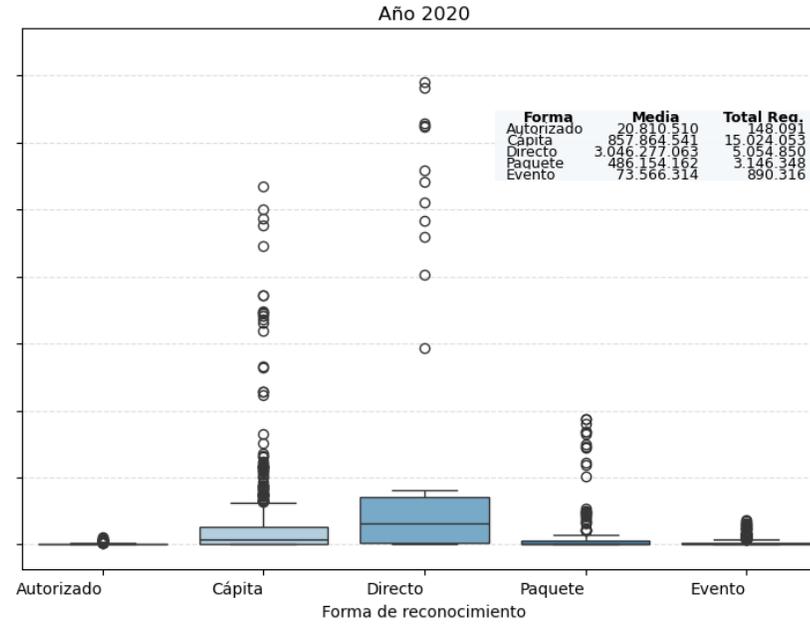
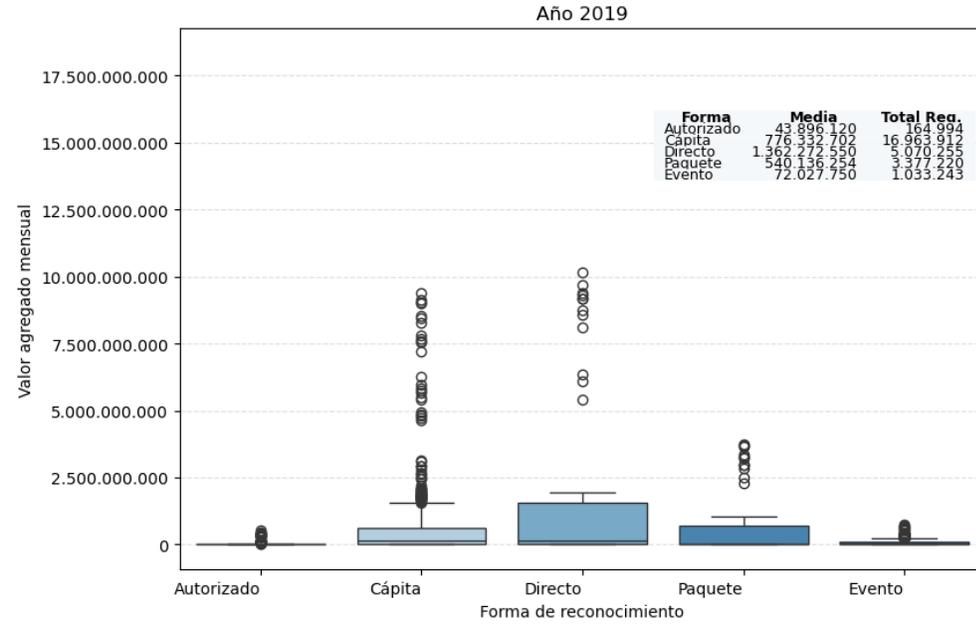
General

Se analiza el comportamiento de los elementos principales que intervienen en la prima (Severidad y Frecuencia)

Particular

Si el análisis general presenta alguna alerta se analiza la particularidad de la información

CUPS	DESCRIPCION DE LOS CUPS	VALOR PROMEDIO COMPENSAR	VALOR PROMEDIO OTRAS EPS
452201	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	21.705.985	431.865,04
821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL	5.649.007	113.133,50
028203	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS O TRASDUCTORES)	62.872.350	1.278.529,13
446102	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	39.451.680	880.868,87
904111	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	461.623,33	22.122,13

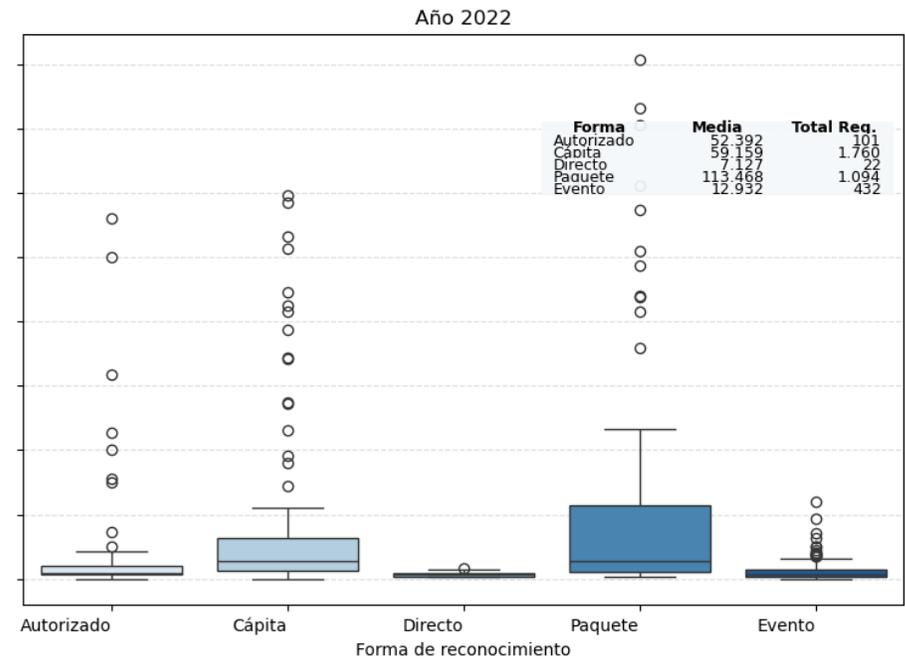
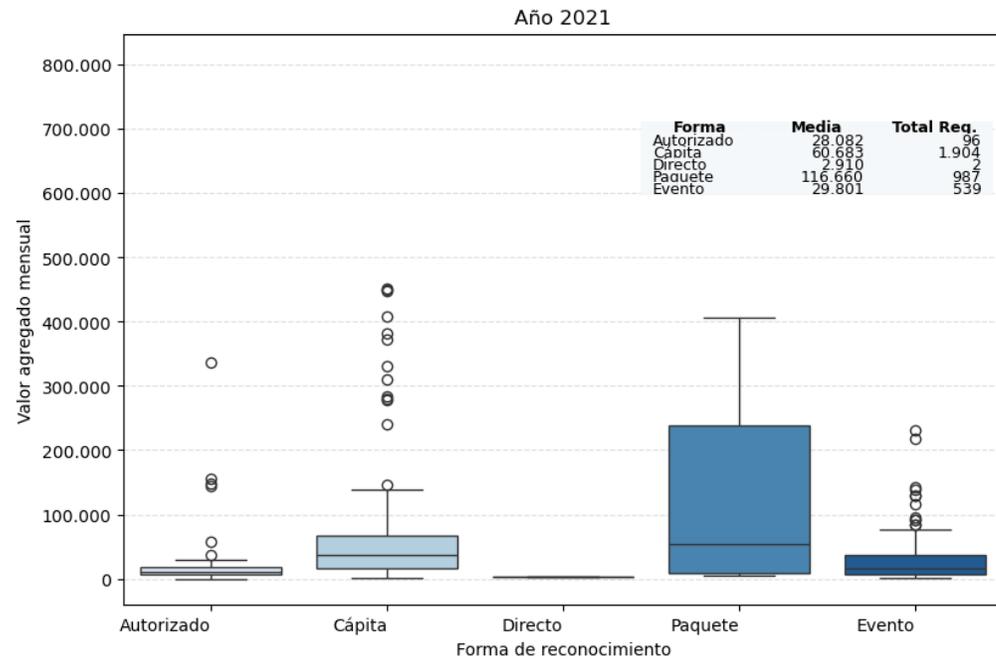
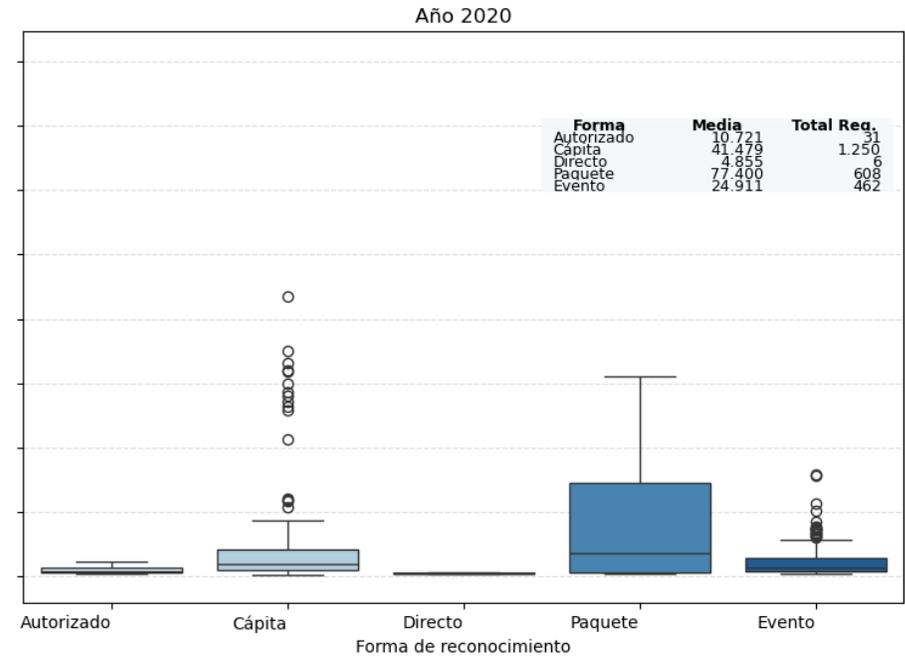
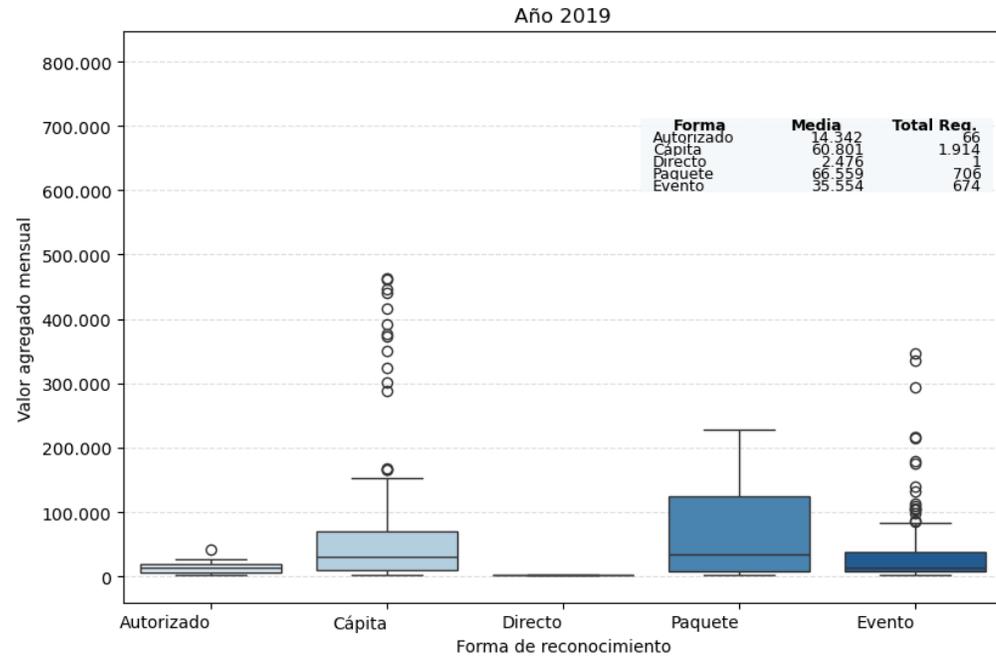


Dispersión
 por
 tecnología



Comparativa de VALOR_TOTAL por años

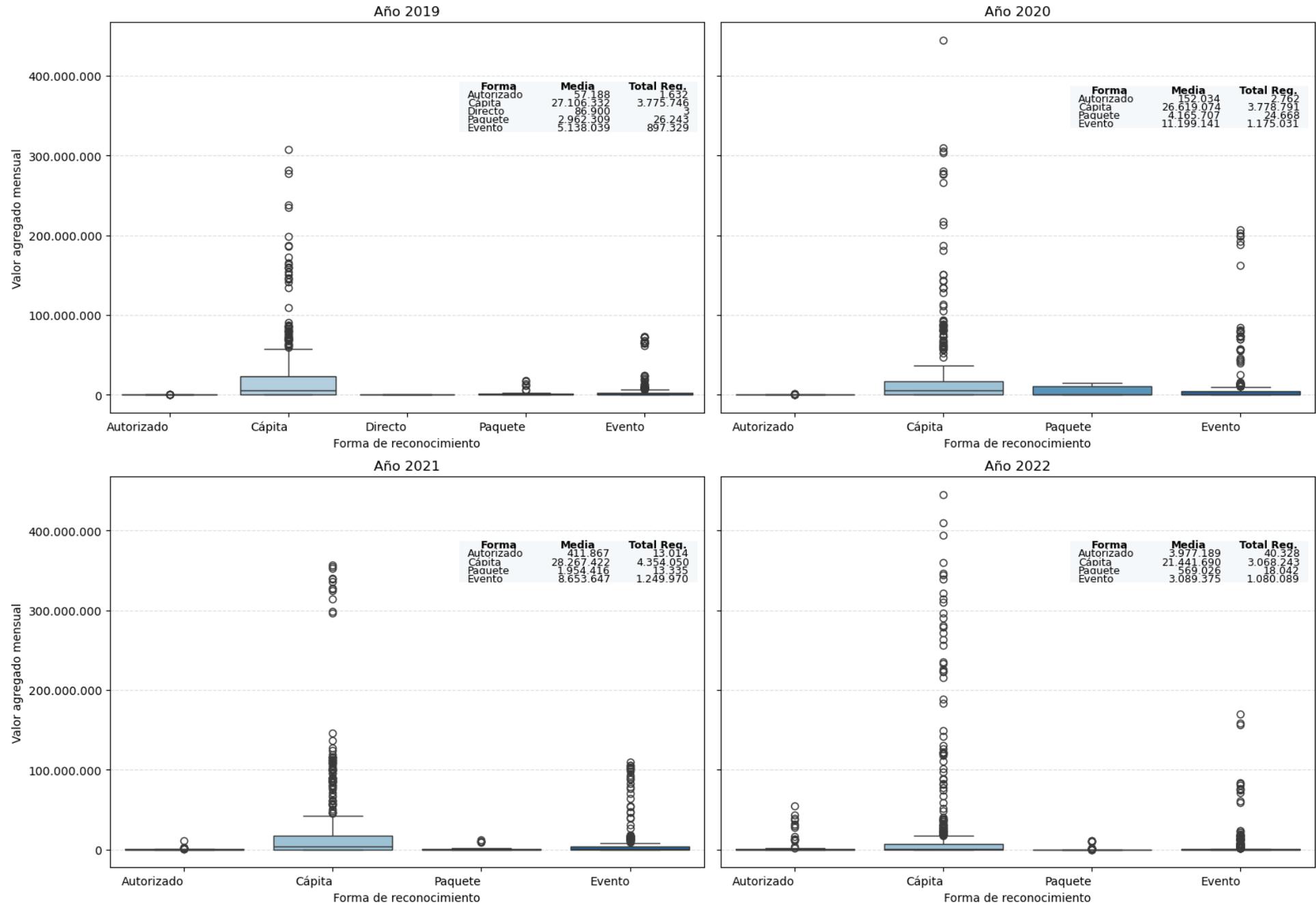
Actividad: 902215 - LABORATORIO HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA | EPS: todas





Comparativa de VALOR_TOTAL por años

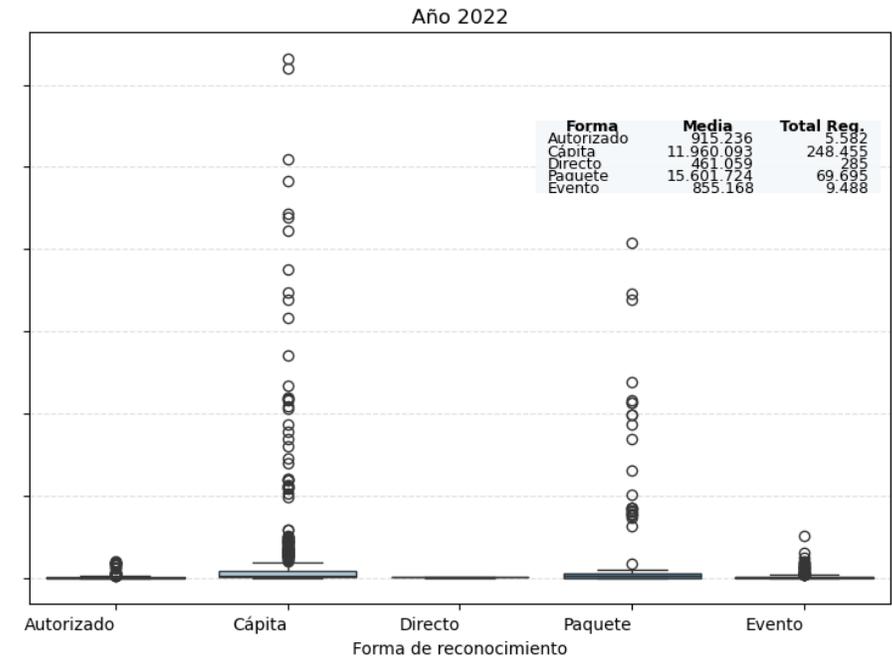
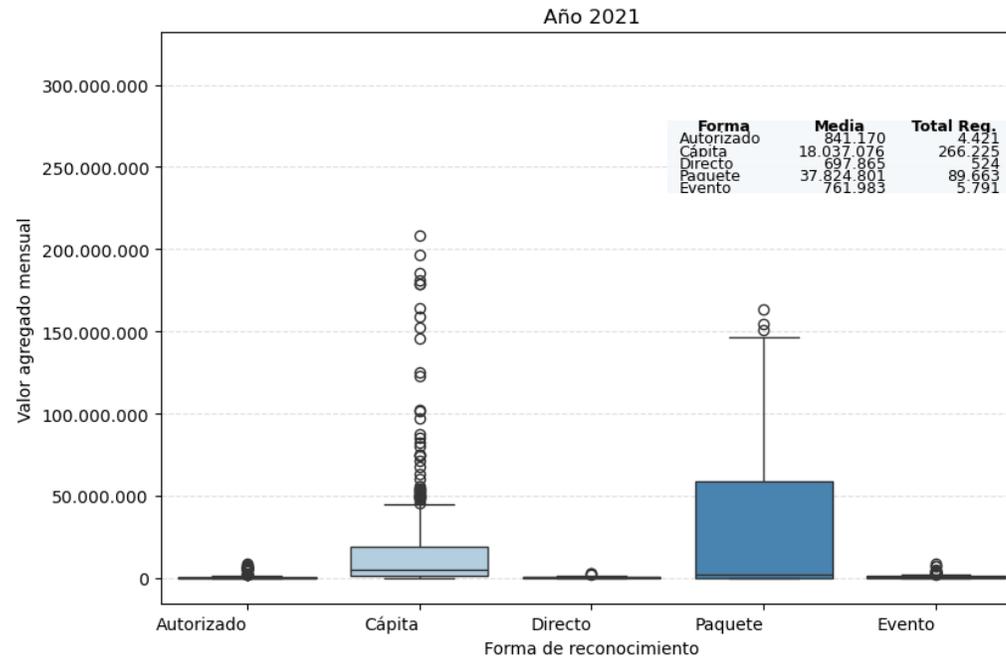
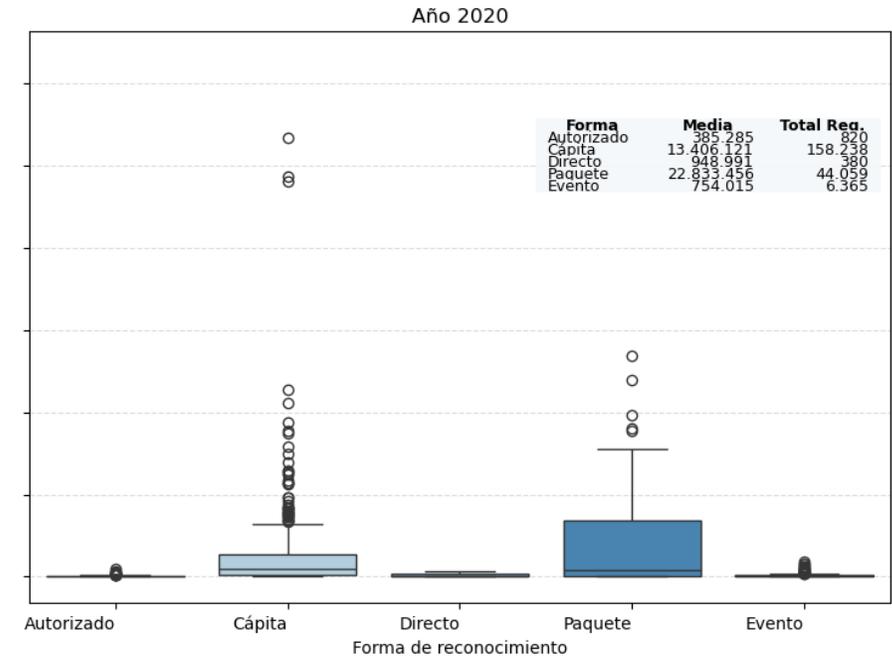
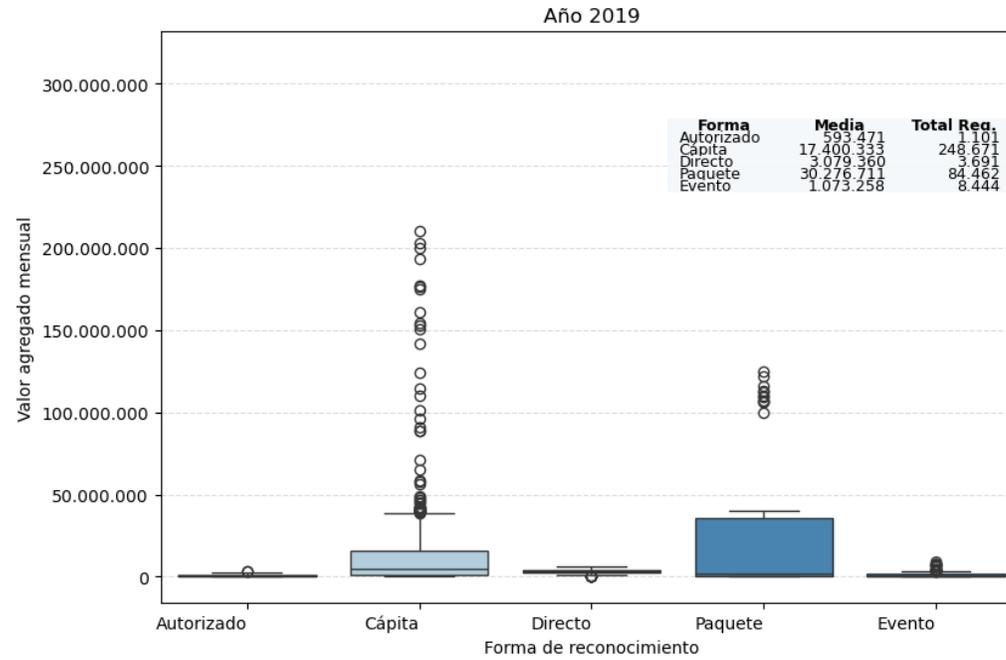
Actividad: 19935303-4 - ACETAMINOFEN | EPS: todas





Comparativa de VALOR_TOTAL por años

Actividad: 230102 - EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR | EPS: todas



Trending de Frecuencias



Definición de Frecuencia de Uso



$$\text{Frecuencia de uso} = \frac{\text{Cantidad de reclamaciones}}{\text{Población expuesta}}$$

- **Las *reclamaciones* hacen referencia a todas las tecnologías y servicios suministrados a un afiliado en una unidad de tiempo y la población expuesta equivale a la unidad de riesgo.**

Frecuencia de Uso: Es la cantidad promedio de reclamaciones (tecnologías y servicios) suministradas a un afiliado en un periodo de tiempo.



- **Es *sensible* a factores:**
 - **Demográficos (edad y género).**
 - **Salud y comorbilidades (hábitos de salud o enfermedades crónicas).**
 - **Económicos y sociales (nivel socioeconómico, acceso a los servicios de salud).**
 - **Diseño del Sistema de Aseguramiento (copagos, cuotas moderadoras, red de atención, cobertura).**
 - **Epidemiológicos y ambientales (pandemias y brotes epidemiológicos, contaminación)**
- **Variaciones en la gestión de riesgo en salud de los expuestos/afiliados.**

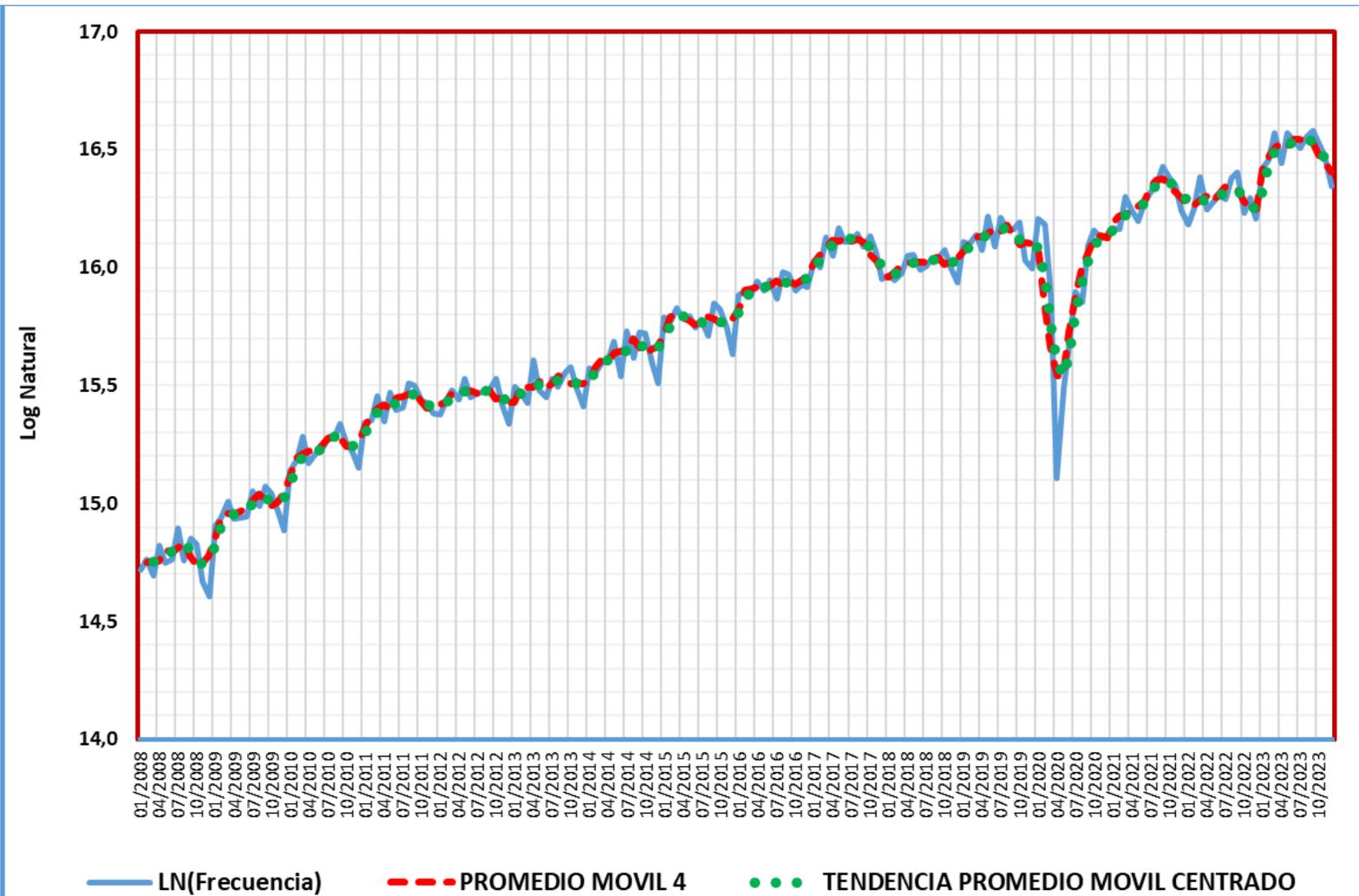
Por qué calculo un *trending* de frecuencias

Objetivo: Revisar el comportamiento de la serie de frecuencias y complementar la forma de estimar el crecimiento de las frecuencias como insumo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- para el año 2026.

De la Metodología...



$$\hat{\mu}_j = \left(\frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{Exp_j(t)(1 + \xi)} \right) (1 + IBNR)(1 + \tau)(1 + f)$$

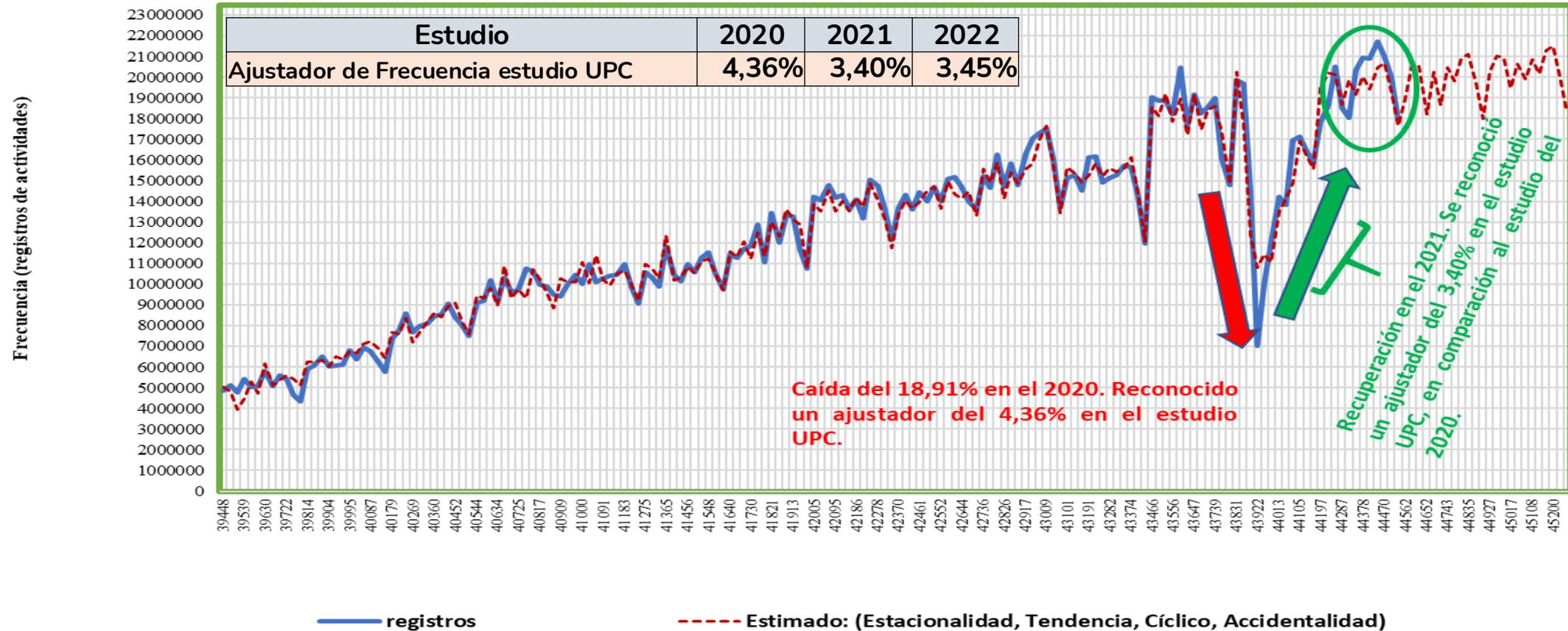


Esta comparación a través del tiempo se hace con:

Homogeneos

Analisis de shocks:

Comportamiento frecuencias estudio UPC



- En la vigencia 2020 se reconoció un ajustador de frecuencias del 4,36%, superior a la caída que efectivamente sucedió (del 18,91%).
- A pesar de este resultado, **no se realizó ningún ajuste en la UPC del 2020.**
- La recuperación observada en la vigencia 2021 después de la caída del año 2020, se encuentra reconocida en el ajustador de frecuencia del estudio de la UPC del 2021 del 3,40%.
- **Se demuestra que la afirmación realizada en las mesas técnicas en relación a una posible subestimación de las frecuencias, no corresponde con el marco conceptual con el cual se calcula la suficiencia de la UPC.**

3. Debate





Salud

